Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes
sowie für
praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 13. Ausgegeben am 1. Juli.

Inhalt:

Originalien: Krohne, Physiologische und pathologische Beobachtungen in der Dorfschule. S. 249. — Feilchenfeld, Über die versicherungsärztliche Untersuchung des Herzens. S. 256. — Kornfeld, Traumatische Geistesstörung. Idiop. Allgem. Paralyse? Alkoholische Pseudoparalyse? S. 259.

Referate. Sammelbericht: Schenk, Die Alkoholfrage. S. 261.

Innere Medizin: Moril, The Pulse in Life Insurance. S. 264. — Hirsch, The Indications of an Intermittent or an Irregular Pulse in Relation to Life Examination. S. 265. — Grosse, Die Arteriosklerose und ihre Bedeutung für die Lebensversicherung. S. 265. — Salomonsen, Observations sur la Syphilis. S. 265. — Schulze, Cytorhyctes luis Siegel. S. 266. — Davidsohn, Tödlich verlaufener Pockenfall. S. 266. — Herzog, Tödliche Infektion durch den Bacillus aureus foetidus, nov. spec. S. 266. — Graupner, Pyämie nach Verschlucken einer Nähnadel. S. 266.

Neurologie und Psychiatrie: Kötscher, Einiges über anormale Bewußtseinszustände und die Psychopathologie der Aussage im Anschluß an ein militärgerichtlicherseits eingeholtes Gutachten. S. 266. — Teubern, Erinnerungstreue in der Aussage. S. 267. — Cramer, Welche medizinischen Gesichtspunkte sprechen für die Einführung einer bedingten Strafaussetzung und Begnadigung? S. 267. — Becker, Zusammenstellung des Ergebnisses der Verhandlungen gegen gemindert Zurechnungsfähige. S. 267. — Döllken, Geisteskranke und Verbrecher im Strafvollzug. S. 267. — Stegmann, Über Alkoholismus und Delikte wider die Sittlichkeit. S. 267. — Weber, Ein interessanter Entmündigungsfall. S. 267. — Landauer, Geistesschwäche als Entmündigungsgrund. S. 268. — Kornfeld, Geisteszustand Taubstummer. S. 268. — Bischoff, Simulation von Geistesstörungen. S. 268. — Nerlich, Simulation von Schmerzanfällen bei einem Morphinisten. S. 268. — Weltz, Errichtung von Testamenten seitens Kranker. S. 268.

Gerichtliche Entscheidungen. Infektion als landwirtschaftlicher Betriebsunfall. S. 269.

Tagesgeschichte. Zweckmäßigkeit und Wert der Vorbescheide, gemäß § 70 des Gewerbe-Unfallgesetzes. S. 269. — Beleidigungsklage eines Kurpfuschers gegen einen Arzt. S. 270. — Das Vorleben der Kurpfuscher. S. 271. — Fürsorge für ein von einem tollwutverdächtigen Hunde gebissenes Krankenkassenmitglied. S. 271. — Ergebnis der vorjährigen Impfungen in Preußen. S. 271. — Neue Ministerialerlasse. S. 271.

Physiologische und pathologische Beobachtungen in der Dorfschule.

Von
Kreisarzt Dr. Krohne-Düsseldorf.

Seitdem sich die Erkenntnis, daß die fortdauernde Fürsorge für eine gesundheitsgemäße Entwicklung unseres Volksschulwesens eine der vornehmsten und wichtigsten Aufgaben unseres modernen Staates ist, in weiten Kreisen Bahn gebrochen hat, hat auch das Interesse für die Beurteilung des Gesundheitszustandes unserer Schuljugend in erhöhtem Maße zugenommen. Die Feststellung und Verhütung bestimmter Gesundheitsschädigungen, deren Entstehung wir der Schule zur Last legen müssen, nehmen seit Jahren in der betreffenden Fachliteratur einen breiten Raum ein. Insbesondere sind es die von ärztlicher Seite vielfach an Schulkindern angestellten Untersuchungen bestimmter Körperorgane bzw. körperlicher Funktionen, wie die Untersuchungen der Sehkraft, des Gehörvermögens, der Atmungsorgane, der Haltung der Wirbelsäule usw., die uns ein beachtenswertes statistisches Material für die Beurteilung schulhygienischer Fragen geliefert haben. Indessen ist damit die wissenschaftliche Ausbeute alles dessen, was uns eine systematische Untersuchung zahlreicher Schulkinder erkennen läßt, durchaus noch nicht hinreichend erschöpft; denn tatsächlich bildet die aufmerksame wissenschaftliche Beobachtung einer größeren Menge von Schulkindern mit Hinsicht auf die in diesem Alter unter den zahllosen verschiedenartigsten Einflüssen stattfindende körperliche und geistige Entwicklung des Organismus eine unerschöpfliche Fundgrube für die Beantwortung einer Reihe interessanter Fragen aus dem Gebiete der Physiologie und Pathologie, sowohl der körperlichen wie der geistigen Funktionen und ihrer eigenartigen Wechselbeziehungen.

Ich habe vor einigen Jahren in meinem früheren Wirkungskreise (Großkamsdorf in Thüringen) in vier Ortschaften an insgesamt 540 Schulkindern Untersuchungen vorgenommen, deren physiologische und pathologische Ergebnisse trotz des relativ geringen statistischen Materials doch vielleicht noch interessieren dürften. Ich hatte damals die Absicht gehabt, die Untersuchungen auf die Schulkinder der zehn bis zwölf Ortschaften, in denen ich ärztliche Praxis trieb, auszudehnen. Vier von diesen Orten lagen auf preußischem, die andern auf dem Gebiete zweier thüringischen Kleinstaaten. Da die von mir erbetene Erlaubnis, die betreffenden Schulkinder nach erfolgtem Unterricht untersuchen zu dürfen, von den zuständigen Behörden der erwähnten Kleinstaaten mir als „ausländischem" Arzt nur zögernd bzw. überhaupt nicht gewährt wurde, so verblieb mir nur die seitens der preußischen Schulbehörde bereitwillig genehmigte Untersuchung der Schuljugend in den vier preußischen Dörfern.

Freilich wurden dadurch von vornherein Umfang und Wert des gewonnenen statistischen Materials entschieden eingeschränkt; dennoch hoffe ich, daß meine Ergebnisse auch einen geringen Beitrag zu der wichtigen Frage der Schulhygiene liefern können.

Die von mir an den Schulkindern der betreffenden Ortschaften vorzunehmenden Untersuchungen erschienen mir aus zwei Gründen besonders interessant. Einmal kannte ich infolge meiner praktischen Tätigkeit seit Jahren die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Ortsbewohner, ihre Sitten und Gebräuche ziemlich genau, so daß ich manche an den Kindern gemachten besonderen Beobachtungen aus meiner Kenntnis der erwähnten speziellen Verhältnisse heraus hinsichtlich ihrer Deutung leicht aufklären bzw. ergänzen konnte; dann aber war, was mir wichtig erschien, das zu untersuchende — sit venia verbo — Material insofern ein gleichmäßiges, als die dortige Bevölkerung eine glückliche Mischung von Industriearbeitern (Bergleute, Eisenwerksarbeiter, Fabrikarbeiter, Handarbeiter u. dgl.) und Landwirten bildet, umsomehr als die meisten Arbeiterfamilien neben ihrer gewöhnlichen beruflichen Beschäftigung auch mehr oder weniger landwirtschaftlich tätig sind, so daß sie z. B. vielfach einen großen oder den größten Teil ihres Bedarfes an Lebensmitteln auf eigenem Grund und Boden bauen. Das Wohnen auf dem Lande, das bei guten Lohnverhältnissen meist einfache Leben in oft recht sauberen und hygienisch leidlich guten Wohnungen trägt dazu bei, daß die dortige Arbeiterbevölkerung in weit besseren gesundheitlichen Verhältnissen lebt, als wir das von der städtischen Industriebevölkerung anzunehmen gewohnt sind, so daß die zahlreichen, zur Untersuchung kommenden Kinder aus Arbeiterfamilien gesundheitlich mindestens auf einer guten Mittelstufe standen und ein Urteil darüber, inwiefern bestimmte abnorme Gesundheitsverhältnisse der untersuchten Kinder auf das Konto der Schule zu setzen waren, hier leichter möglich war, als in den zahlreichen städtischen Schulen, die von einer großen Menge schwächlicher, blutarmer, skrofulöser Kinder besucht werden, deren ungünstiger Gesundheitszustand oft ausschließlich der sozial und wirtschaftlich höchst ungünstig dastehenden Familie zur Last fällt.

Bei den Untersuchungen verfuhr ich durchweg nach folgendem leitenden Plan: Festgestellt wurden zunächst das Alter, die Personalien der Kinder, Wohnort usw., Körpergröße, Brustumfang bei In- und Exspiration, größter Kopfumfang gemessen über Stirn und Hinterhaupt; nunmehr folgte eine Untersuchung des Körperäußeren, Feststellung von Wirbelsäulenverkrümmungen, Abnormitäten der Arme und Beine, Plattfüße usw., dann eine Aufnahme des allgemeinen Gesundheitszustandes, Zustand von Herz, Lungen, Bestehen skrofulöser Affektionen, Drüsenschwellungen, Rhachitis, schlechte Zähne usw. Als besonders wichtig erfolgten regelmäßige Pulsbestimmungen, ferner eine Prüfung eventueller Abnormitäten der Sinnesorgane, regelmäßige Feststellung der Sehschärfe und des Farbensinnes, schließlich — und das war mir eigentlich der interessanteste Punkt — eine Aufnahme des geistigen Status eines jeden Kindes mit besonderer Berücksichtigung des festgestellten körperlichen Befundes und der mir oder dem Lehrer bekannten körperlichen Krankheiten oder psychopathischen Antecedentien in der betreffenden Familie. Ich komme auf diesen vielleicht wichtigsten Abschnitt meiner Untersuchungsergebnisse später ausführlich zurück und will nur, ehe ich auf das gewonnene Material im einzelnen eingehe, gegenüber einem möglichen Einwand bemerken, daß ich selbstverständlich meine Untersuchungen auch noch auf andere Organe hätte ausdehnen können, daß ich das aber mit Rücksicht auf den Mangel an Zeit unterlassen habe: denn da ich für die Untersuchung von zehn bis zwölf Kindern meist zwei bis drei Stunden benötigte und höchstens einmal an zwei oder drei Tagen der Woche für diese Feststellungen Zeit erübrigen konnte, so brauchte ich für die Untersuchung der 540 Kinder etwa vier bis fünf Monate und wäre vielleicht selbst in dieser Zeit nicht fertig geworden, wenn mich nicht die Lehrer bzw. Lehrerfrauen, die meinen Untersuchungen sämtlich ein außerordentliches Interesse entgegenbrachten, in dankenswerter Weise mit Schreibhilfe usw. unterstützt hätten.

Die Resultate der Untersuchungen waren nun folgende:

I. Äusserer Körperstatus.

a) Resultate der Messungen der Körperlängen, Brustweite und des Kopfumfanges:

(Maße in Zentimetern.)

Knaben.

Lebensalter	Anzahl der Bestimmungen	Körperlänge			Brustweite						Kopfumfang		
					Durchschnitt		Maximum		Minimum				
		Durchschnitt	Maximum	Minimum	Inspiration	Exspiration	Inspiration	Exspiration	Inspiration	Exspiration	Durchschnitt	Maximum	Minimum
6—7 Jahre	12	105,8	112	100	57	54	60	56	54	52	49,2	51	47
7—8 „	36	112,1	122	98	58,6	55	63	59	53	51	49,5	53	46
8—9 „	32	117,1	125	109	61,5	58,6	66	64	57	52	51	54	48
9—10 „	28	121,4	133	112	63,5	60,6	70	68	58	56	51,2	55	48
10—11 „	29	125,4	132	113	64,8	61,4	70	67	57	54	51,2	54	47
11—12 „	36	130,6	138	119	66,9	62,8	72	69	62	58	51,2	55	49
12—13 „	32	137,5	152	119	69,1	65,3	77	74	63	58	51,5	54	48
13—14 „	45	140,5	164	121	70,9	67	79	76	64	60	52,1	55	49

Mädchen.

Lebensalter	Anzahl der Bestimmungen	Körperlänge			Brustweite						Kopfumfang		
					Durchschnitt		Maximum		Minimum				
		Durchschnitt	Maximum	Minimum	Inspiration	Exspiration	Inspiration	Exspiration	Inspiration	Exspiration	Durchschnitt	Maximum	Minimum
6—7 Jahre	18	106,6	123	98	55,8	52,1	63	58	53	50	48	50	47
7—8 „	40	118	127	102	57,4	54	62	58	52	49	49	52	46
8—9 „	27	119,2	138	110	59,2	55,7	70	66	52	49	49,3	51	47
9—10 „	37	122,5	133	111	61	57,4	68	63	56	53	49,7	53	43!
10—11 „	33	127	137	119	63,5	59,2	70	64	60	54	50	52	47
11—12 „	31	131,6	149	120	65	61,3	71	68	57	53	49,8	53	47
12—13 „	46	136,7	155	120	69,2	63	76	74	57	55	50,5	53	47
13—14 „	48	141,6	155	121	71,2	68,2	79	75	64	61	51,2	54	49

Die vorstehend zusammengestellten Zahlen sind, trotzdem die Anzahl der sämtlichen Beobachtungen keine übermäßig große ist, doch in mehrfacher Hinsicht interessant. Zunächst bemerke ich kurz, daß die Durchschnittsmaße der Körperlängen sämtlich etwas geringer sind, als die gleichen Maße einer Beobachtungsreihe, die die Messungen von 5000 Frankfurter Schulkindern im gleichen Alter umfaßt und in Hofmanns Lehrbuch für gerichtliche Medizin, Bd. II, veröffentlicht ist. Von Wichtigkeit ist nun weiterhin, daß in unserer Tabelle, die sich auf die acht Altersklassen vom 6.—14. Lebensjahre erstreckt, mit Ausnahme der den Zeitraum des 12.—13. Jahres umfassenden Altersklassen, die Mädchen durchweg eine etwas höhere Durchschnittsgröße haben, als die Knaben. Die hier wieder beobachtete Erscheinung, daß die Mädchen im schulpflichtigen Alter oft — nicht überall — die Durchschnittsgröße der Knaben nicht nur erreichen, sondern manchmal sogar überholen, ist ja nicht völlig neu, aber wohl aus dem Grunde noch nicht hinlänglich bekannt, weil bei den Knaben — wie man allgemein weiß — im Pubertätsalter, also etwa im 14.—17. Jahre, meist ein sehr energisches, die Durchschnittsgröße der gleichaltrigen Mädchen rasch überholendes Wachstum einsetzt, das auch später von dem weiblichen Geschlecht nicht mehr erreicht wird, so daß damit die größere Körperlänge des „starken Geschlechts" wieder zu ihrem dauernden Rechte kommt. Dieser Einfluß des beginnenden Pubertätswachstums der Knaben findet seinen Ausdruck auch in der Tatsache, daß in unserer Tabelle die Knaben in der Altersklasse des 13.—14. Lebensjahres, trotz der noch immer höheren Durchschnittsgröße der Mädchen, zum ersten Male mit 164 und 124 cm höhere Maximal- und Minimalmaße aufweisen, wie die Mädchen, deren Maximum und Minimum 155 bzw. 121 cm betragen. Der Umstand, daß in meiner Beobachtungsreihe nahezu ausschließlich die Mädchen eine etwas höhere Durchschnittsgröße haben, findet aber vielleicht noch seine besondere Erklärung in der Tatsache, daß nicht nur die Bevölkerung der dortigen Gegend überhaupt, sondern auch insbesondere der weibliche Teil derselben im allgemeinen recht kräftig und widerstandsfähig ist, so daß z. B. infolge der meist recht günstigen Beckenverhältnisse schwere Entbindungen der Frauen jener Gegend relativ selten sind. Wenn nun auch nach meiner Tabelle die Mädchen im schulpflichtigen Alter im allgemeinen etwas größer sind, so ist es doch interessant zu sehen, daß hinsichtlich der Maße der Brustweite und des Kopfumfanges etwa das umgekehrte Verhältnis vorhanden ist. Dabei ist indessen bezüglich der Brustweite noch besonders zu bemerken, daß die Knaben vom 6.—12. Jahre sowohl inspiratorisch, wie exspiratorisch einen größeren Brustumfang haben, als die gleichaltrigen, im Durchschnitt etwas größeren Mädchen, daß aber in dem Alter vom 12.—14. Lebensjahre, in denen gerade die Knaben die Durchschnittsgröße der Mädchen erreicht bzw. überholt haben, zum ersten Male die Mädchen einen durchschnittlich größeren Brustumfang aufweisen, als die Knaben. Offenbar ist dies kein bloßer Zufall, sondern erklärt sich ungezwungen aus der Tatsache, daß in der bei den Mädchen früher beginnenden Pubertätsentwicklung im 12. bis 14. Lebensjahre eine rasch zunehmende, stärkere Wölbung der Brust eintritt, die das Durchschnittsmaß der sonst größeren Brustweite der gleichaltrigen Knaben für kurze Zeit überholt.

Daß ferner die Kopfumfangsmaße der Knaben trotz größerer Körpermaße der Mädchen durchweg größere sind, als die der Mädchen, ist nur eine weitere Bestätigung der vielumstrittenen Behauptung, daß größere Schädelmaße und damit wohl auch ein größeres durchschnittliches Quantum der Gehirnmasse eine besondere Eigenschaft des männlichen Geschlechts darstellen; und wenn ich auch dem bekannten Schlagwort, daß es eben bei der Beurteilung der größeren oder geringeren Verstandestätigkeit der beiden Geschlechter „nicht nur auf die Quantität, sondern auf die Qualität des Gehirns ankomme", eine gewisse Berechtigung nicht abstreiten will, so scheinen mir doch nach den vergleichenden Ergebnissen meiner Zahlen nicht nur die Maxima, sondern insbesondere die entsprechenden Kopfumfangs**minima** zugunsten einer etwas höher entwickelten Gehirntätigkeit des männlichen Geschlechts zu sprechen.

b) Zustand der Haut und des Knochensystems.

Bei der Untersuchung des Körperäußeren habe ich mich im allgemeinen beschränkt auf die Feststellung eventueller Hauterkrankungen und Abnormitäten der Wirbelsäule und der Gliedmaßen. Krankhafte Affektionen der Haut waren bei der Mehrzahl der Kinder sehr selten. Die Reinlichkeitsbestrebungen der dortigen Bevölkerung lassen zwar, wie dies in ländlicher und Arbeiterbevölkerung überall der Fall ist, noch recht viel zu wünschen übrig, indessen ist doch — nicht zuletzt infolge strenger Einwirkung der Lehrer — die Fürsorge der Eltern für eine entsprechende Körperpflege ihrer Kinder im allgemeinen eine so gute, daß nur wenige Kinder mit schlecht gewaschenem Körper oder mit schmutziger Kleidung zur Schule kommen. Dies zeigte sich an der meist recht guten Beschaffenheit der Haut. Insgesamt wurden — durchweg nur leichte — Affektionen der Haut an 30 Kindern, also an etwa $^1/_{18}$ der Untersuchten, festgestellt; indessen ist zu bemerken, daß allein 20 dieser Kinder infolge einer in der betreffenden Ortschaft kurz vorausgegangenen kleinen Krätzeepidemie mit einem meist in Heilung begriffenen Krätzausschlag behaftet waren, den man wohl nicht in jedem Falle auf das Konto der betreffenden Eltern setzen konnte; im übrigen handelte es sich nur um einige leichte Fälle von Herpes und Ekzem bzw. skrofulösem Ekzem. Von weit ernsterer Bedeutung war hier unter den 540 Kindern einer sonst recht gesunden, körperlich gut entwickelten Bevölkerung der Befund von 95 mehr oder weniger stark in die Augen springenden Verkrümmungen der Wirbelsäule, die sich in gleichem Verhältnis auf Knaben und Mädchen verteilten. Diese Zahl, die also bedeutet, daß mehr als $^1/_6$ aller Kinder eine abnorme Längsrichtung der Wirbelsäule hatten, erscheint aber noch viel ungünstiger durch die Tatsache, daß ca. 75 % aller festgestellten Wirbelsäulenverkrümmungen auf die das zehnte Lebensjahr überschreitenden Kinder, d. h. auf diejenigen, die schon einen mindestens 4jährigen Schulbesuch hinter sich hatten, entfielen, und daß in progressiver Steigerung wiederum die älteren Kinder zwischen 12 und 14 Jahren am stärksten an diesem Zustand beteiligt waren, so daß in einzelnen der obersten Klassen mit den ältesten Jahrgängen schon jedes dritte Kind eine verkrümmte bzw. verbogene Wirbelsäule hatte. Wie schon aus zahlreichen anderen ärztlichen Feststellungen, geht auch hieraus wieder deutlich hervor, daß die Schule mit ihren vielfach unzureichenden und unzweckmäßigen Banksystemen und wohl auch die in der Schule oft mangelnde Fürsorge für eine richtige Sitzhaltung der Kinder an der beklagenswerten und nicht selten recht verhängnisvollen Entwicklung von Wirbelsäulenverkrümmungen im schulpflichtigen Alter mit eine Hauptschuld trägt — ein Umstand, der den Schulbehörden, Lehrpersonen, Ärzten und Eltern gar nicht oft genug zur Beachtung empfohlen werden kann.

Von weiteren Abnormitäten des Knochengerüstes ist nur zu erwähnen, daß ein Mädchen mit einer angeborenen Hüftgelenksluxation behaftet war, daß Rhachitis — meist im abgelaufenen Stadium — nur in 5 Fällen = 0,93 % festgestellt wurde, und daß 40 Knaben = 14,3 % und 28 Mädchen = 11 % mehr oder minder ausgesprochene Plattfüße hatten. Ob diese zahlenmäßige Beteiligung der Kinder an der Plattfußentwicklung als eine besonders hohe anzusehen ist, vermag ich mangels vergleichender, in der Literatur etwa vorhandener Angaben

nicht zu entscheiden, möchte es aber nicht glauben. Daß zwischen den festgestellten Verkrümmungen der Wirbelsäule und den wenigen Fällen von Rhachitis kein irgendwie bemerkenswerter Zusammenhang besteht, dürfte sich wohl ohne weiteres bei einem Vergleich der entsprechenden Zahlen ergeben.

II. Allgemeiner Gesundheitszustand, Skrofulose, Drüsenaffektionen, Erkrankungen von Lungen, Herz, Pulsbeschaffenheit usw.

Bezüglich des allgemeinen Gesundheitszustandes bemerke ich zunächst, daß ich unter den 540 Schulkindern insgesamt 107 Kinder = 20 % als schwächlich oder blutarm befunden habe. Die Anzahl von 20 % schwächlichen oder blutarmen Kindern könnte hoch erscheinen, ist es aber nach meiner Ansicht nicht. Einmal habe ich den Begriff „schwächlich und blutarm“ überhaupt — vielleicht etwas zu weitgehend — auf alle Kinder ausgedehnt, bei denen irgend welche Anzeichen eines auch nur geringen Grades körperlicher Schwäche oder leichter Anämie vorhanden waren, dann aber — und das ist hier wohl die Hauptsache — müssen wir doch bedenken, daß gerade das Kindesalter mit seinen so verschiedenartigen Einflüssen der Wachstumsperiode — insbesondere die Jahre kurz vor oder während der Pubertätsentwicklung — außerordentlich zur Entstehung anämischer, unter richtiger Behandlung meist rasch vorübergehender Zustände oder ähnlicher Störungen des Organismus neigt, — Zustände, denen wohl die Mehrzahl aller Kinder zeitweise unterworfen sein dürften. Daß sonach die Zahl von 20 % „blutarmer und schwächlicher Kinder“ nicht sehr hoch zu nennen ist, habe ich auch später bei den kreisärztlichen Besichtigungen derjenigen Schulen festgestellt, in denen hauptsächlich Kinder aus städtischen, vielfach in ungünstiger sozialer Lage befindlichen Arbeiterfamilien untergebracht waren. Hier war der Prozentsatz der blutarmen und schwächlichen Kinder, wie ich schon bei einer allgemeinen raschen Besichtigung feststellen konnte, meist 40, 50, 60 % und teilweise noch höher.

Was nun die Anzahl der mehr oder minder leichten Fälle von Skrofulose einschließlich der abgelaufenen, aber als solche noch erkennbaren Erkrankungen anbetrifft, so befanden sich unter den 107 als schwächlich usw. bezeichneten Kindern insgesamt 20 skrofulöse, — das wären also 3,7 % mit skrofulösen Affektionen behaftete Kinder. Es wurden ferner 24 Kinder = 4,4 % ermittelt, deren Lungenbefund bei der Untersuchung das Bestehen verdächtiger katarrhalischer Prozesse oder abgeschwächtes, unreines Atmungsgeräusch ergab oder sonstwie eine ungünstige Entwicklung oder krankhafte Anlage der Atmungsorgane erkennen ließ. Zwei Drittel dieser 24 Kinder, von denen die Hälfte bereits unter den oben erwähnten skrofulösen Kindern mitgerechnet ist, stammte aus tuberkulösen Familien bzw. von Eltern, die im Sinne einer Lungenerkrankung verdächtig waren. Außerordentlich hoch — wenn auch nach den Ergebnissen der praktischen Erfahrungen nicht allzusehr überraschend — war die Anzahl der festgestellten Mandelvergrößerungen (Hypertrophie der Tonsillen) oder sonstiger Drüsenaffektionen der Mund- und Halsgegend mit insgesamt 195 = 3,6 % aller Kinder. Wenn wir von diesen 195 Kindern die skrofulösen, die natürlich durchweg mit diesen Anschwellungen, besonders der Halsgegend, behaftet waren und hier mitgerechnet sind, in Abzug bringen, so verbleiben immer noch 175 = $\frac{1}{3}$ aller Kinder, bei denen mehr oder minder starke Anschwellungen der Mandeln angetroffen wurden. Die Mehrzahl dieser Kinder war kräftig entwickelt und vollkommen gesund, stammte, was mir infolge langjähriger Praxis in den meisten Familien genau bekannt war, von gesunden Eltern ab und bot auch bei der Untersuchung keine Erscheinungen eines skrofulösen Leidens dar. Ich erwähne dies besonders deshalb, weil ja neuerdings in Ärztekreisen mehr und mehr die Anschauung Boden gewinnt, daß schon das Vorhandensein von Mandelschwellungen oder das Bestehen leichter Schwellungen der Halsdrüsen ein Beweis für das Bestehen einer mindestens „latenten Skrofulose“ bilde. Nach meinen Erfahrungen, die ich in der Praxis innerhalb einer im allgemeinen recht gesunden, relativ wenig mit Tuberkulose, Skrofulose usw. behafteten Bevölkerung gewonnen habe, halte ich eine derartige pessimistische Auffassung für viel zu weitgehend und glaube vielmehr, daß Mandelschwellungen bzw. leichtere Affektionen der Halsdrüsen zwar eine Begleiterscheinung der Skrofulose sind, daß diese Affektionen aber auch sehr wohl unter ganz anderen Einflüssen, z. B. unter der Einwirkung eines rauhen, mit starken Stürmen verbundenen Klimas, entstehen können, wie solches gerade in der von mir damals bewohnten Gegend des Ziegenrücker Kreises vorherrschend ist. Die allgemeinen Gesundheitsverhältnisse der dortigen Gegend sind wenigstens — das wiederhole ich — hinsichtlich der recht geringen Ausbreitung der Tuberkulose bzw. der Skrofulose äußerst günstige.

Das Resultat der sämtlichen Herzuntersuchungen ergab, daß im ganzen vier Kinder mit organischen Herzfehlern behaftet waren; und zwar handelte es sich zweimal um eine nach schwerem Gelenkrheumatismus erworbene Mitralinsufficienz und zweimal um das Vorhandensein von Herzgeräuschen — bei sonst gutem Allgemeinbefinden —, die bezüglich ihrer Diagnose nicht hinreichend klar waren. Von bemerkenswerter Bedeutung war bei der großen Mehrzahl der Kinder die Beschaffenheit des Pulses, der insbesondere eine noch erheblich höhere Durchschnittsfrequenz zeigte, als allgemein für die Pulszahlen der Kinder angenommen wird. Dabei schicke ich voraus, daß ich mit Rücksicht auf die bekannte Tatsache, daß bei Kindern schon die geringste Erregung oder ungewohnte Beschäftigung der Sinne die Pulsfrequenz bedeutend erhöhen kann, die Pulszählungen immer erst am Ende meiner meistens 2—3 Stunden dauernden Untersuchungen vorgenommen habe, d. h. zu einer Zeit, wo die Kinder durch das lange Stillsitzen geistig ermüdet bzw. gelangweilt waren, sich also kaum noch in einem Zustande irgendwelcher Erregung befanden. Dennoch war die durchschnittliche Pulszahl auffallend hoch. Während Seitz in seinem Lehrbuch der Kinderheilkunde angibt, daß die Pulsziffer vom 5. Lebensjahre ab unter 100 Schläge pro Minute sinke, daß die Durchschnittsziffer um das 9. Lebensjahr etwa 80—94 betrage und mit dem Pubertätsalter unter 80 Schläge heruntergehe, fand ich — ohne wesentliche Unterschiede der einzelnen Altersklassen — daß von den 540 untersuchten Kindern allein 289 = 52 % über 100 Pulse pro Minute, und daß nur 25 = 4,6 % der Kinder eine Pulsziffer unter 80 Schlägen hatten. Die durchschnittliche Pulsziffer aller Kinder betrug 105. Das Pulsmaximum war 160, das Minimum 62. Die hohen Pulsziffern von 120—160 waren ziemlich zahlreich vertreten und fanden sich — was ja mit den Angaben von Seitz über das Vorkommen schneller Pulse auch bei völlig gesunden Kindern übereinstimmt — sowohl bei kräftigen, blühenden Kindern als bei solchen, die blutarm und schwächlich erschienen, Arythmie, auffallend leichte Unterdrückbarkeit des Pulses und sonstige Unregelmäßigkeiten desselben wurden bei Kindern, die nachweislich vollkommen gesund waren, ebenso oft beobachtet, wie bei kränklichen bzw. schwächlich entwickelten Kindern. Ich habe hieraus die Überzeugung gewonnen, daß man mit der Verwertung der Beschaffenheit des Pulses eines Kindes für die Beurteilung krankhafter Zustände sehr vorsichtig sein muß, denn wir haben es hier offenbar mit gleichsam physiologischen Unregelmäßigkeiten des kindlichen Pulses zu tun und nicht mit Störungen, die — von Einzelfällen abgesehen — irgend eine pathologische Bedeutung haben. Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir die Erklärung für die geschilderten Eigenschaften des

Kinderpulses vorwiegend in der Beschaffenheit des noch nicht völlig normal entwickelten Nervenapparates des Herzens suchen. Die vielfachen, auf das Kindergemüt fast tagtäglich einwirkenden, neuen Eindrücke ihrer Umgebung, die zahlreichen Einflüsse des fortschreitenden Wachstums auf den kindlichen Organismus, die verschiedenartige Zusammensetzung des Blutes, die besondere individuelle Fähigkeit des Kindes, alle von der Außenwelt auf Körper und Geist stattfindenden Einwirkungen im eigenen Organismus entsprechend zu verarbeiten — dies alles in seiner Gesamtheit verursacht anscheinend einen fortdauernden Vibrationszustand nicht nur des gesamten Nervensystems überhaupt, sondern insbesondere des Nervenapparates des Herzens und findet in der abnormen Pulsbeschleunigung, in der oft beobachteten Arythmie des kindlichen Pulses usw. seinen natürlichen Ausdruck. Inwieweit vielleicht gewisse Einwirkungen unserer Schule — etwa im Sinne einer geistigen Überbürdung — von Einfluß auf die geschilderten Unregelmäßigkeiten des Pulses unserer Schulkinder sein mögen, ist schwer zu entscheiden; jedenfalls glaube ich, daß derartige Einflüsse seitens unserer Dorfschule kaum oder nur in sehr geringem Grade in Betracht kommen dürften.

Den vorstehenden Erörterungen über den allgemeinen Gesundheitszustand der Kinder will ich noch anfügen, daß die Untersuchung der Zähne einen mit Rücksicht auf das jugendliche Alter der untersuchten Individuen recht ungünstigen Befund ergab. Insgesamt hatten 147 (73 Knaben, 74 Mädchen) = 28% aller Kinder kariöse Zähne, und zwar war der Krankheitsprozeß der Zähne meistens ein sehr ausgedehnter, so daß bei einigen Kindern die Hälfte des Gebisses durch Zahnkaries zerstört war. Diese ausgedehnte Verbreitung von Zahnkrankheiten, die bei fast allen derartigen Untersuchungen festgestellt wird, ist ja nicht zu verwundern, wenn wir bedenken, daß eine einigermaßen richtige Zahnpflege nicht nur vielen Gebildeten, sondern insbesondere der großen Masse der Ungebildeten eine terra incognita ist. Mit Rücksicht auf die enorme Bedeutung eines guten unversehrten Gebisses für die notwendige Zerkleinerung und Verdauung der Speisen scheint es mir an der Zeit zu sein, daß die Öffentlichkeit auf den Mißstand des Mangels einer richtigen Zahnpflege mehr und öfters hingewiesen wird, als bisher. Auf diesem Gebiete kann und muß die Schule durch Belehrung der Kinder und Einwirkung auf die Eltern außerordentlich viel Gutes wirken, wie dies ja in manchen größeren Gemeinwesen, in denen besondere Schulärzte angestellt sind, seitens der letzteren schon mit gutem Erfolg geschieht.

III. Sinnesorgane, Nervensystem, geistiger Status.

Eine eingehende Prüfung aller Sinnesorgane konnte ich aus Mangel an Zeit nicht vornehmen, ich habe mich daher in der Hauptsache auf die Feststellung der Sehschärfe und des Farbensinnes beschränkt. Schwerhörige Kinder waren insgesamt sechs vorhanden, die fast sämtlich mit chronischem, eitrigem, meist skrofulösem Mittelohrkatarrh behaftet waren. Störungen des Stimmapparates wurden nur in zwei Fällen festgestellt; es handelte sich einmal um einen hohen Grad von Stottern und einmal um eine leichte Hemmung des artikulierten Sprechens auf nervöser Grundlage.

Die Prüfung der Sehschärfe ergab, wie dies bei Dorfkindern erfreulicherweise meist zu finden ist, außerordentlich günstige Verhältnisse. Geprüft wurde mit den gewöhnlichen Snellenschen Sehtafeln mit folgendem Resultat:

Bei 469 = 87,7% aller Kinder wurde völlig normale Sehschärfe (S = 1) auf beiden Augen festgestellt; dabei ist aber noch besonders hervorzuheben, daß $^1/_4$ dieser Kinder — ohne etwa hypermetropisch zu sein — sogar eine hypernormale Sehschärfe hatten, d. h., daß sie, analog mehrfach bei Naturvölkern gemachten Beobachtungen, imstande waren, kleine Buchstabenreihen, für die die normale Sehweite 5 m beträgt, auch noch in einer Entfernung von 8, ja sogar von 10 m deutlich abzulesen. 66 Kinder = 12,3% der Untersuchten hatten Sehschärfen, die unter der Normalziffer 1 lagen; doch ist hier ausdrücklich zu bemerken, daß immer noch 80% dieser Kinder eine nur um geringe Bruchteile unter dem Normalen befindliche Sehschärfe — also etwa $S = {}^4/_5 = {}^5/_6$ usw. — aufwiesen —, und daß da, wo sich herabgesetzte Sehschärfe fand, diese meist nur auf einem Auge festgestellt wurde, während das andere Auge normal war. Nur ganz wenige Kinder litten unter erheblicher Minderung der normalen Sehkraft; das festgestellte Minimum war $^1/_{10}$ Sehschärfe. Von sonstigen krankhaften Veränderungen der Augen wurden gefunden: zweimal Kurzsichtigkeit, eine Hornhauttrübung als Folge eines abgeheilten Hornhautgeschwürs, drei Fälle von leichtem Schielen und fünfmal ziemlich erheblicher Bindehautkatarrh. Im ganzen dürfte das Resultat dieser Untersuchungen der Augen als ein recht günstiges bezeichnet werden.

Ein wesentlich andres und entschieden ungünstigeres Ergebnis hatte die Prüfung des Farbensinnes. Zur Bestimmung der Farbenempfindung hatte ich die Methode von Holmgren als die zu Massenuntersuchungen geeignetste und hinsichtlich der Sicherheit des Resultates auch wohl ausreichende gewählt und mich bemüht, die nötigen Wollbündel so zusammenzustellen, daß jeder Farbenton in mindestens fünf Abstufungen vorhanden war; ich glaube sonach annehmen zu können, daß die vorhandenen 80 Wollbündel mit den beiden zur Verfügung stehenden schwarzausgeschlagenen Pappkästen für die Bestimmung des Farbensinnes vollkommen geeignet waren. Das Interesse der Kinder an dieser ihnen völlig neuen Untersuchungsmethode und die von ihnen dabei betätigte Aufmerksamkeit waren im allgemeinen sehr rege, so daß das gewonnene Prüfungsresultat im großen und ganzen wohl dem tatsächlichen Status des Farbensinns entsprechen dürfte. Als auffallendstes Ergebnis fand sich zunächst, daß 26 = 4,6% der Kinder total farbenblind waren und noch 83 Kinder — also 15,6% — eine für das gesamte Farbengebiet außerordentlich schwach entwickelte Farbenempfindung halten, die ich mit der Bezeichnung „schwacher Farbensinn" charakterisierte. Diesen sogenannten schwachen Farbensinn, der als ein bestimmter wissenschaftlicher Begriff in der mir zur Verfügung stehenden ophthalmologischen Literatur nur wenig bzw. gar nicht gewürdigt wird, habe ich überall da feststellen zu müssen geglaubt, wo zwar eine eigentliche Farbenblindheit nicht vorhanden war, bei der Prüfung und Auswahl der einzelnen Farben aber eine außerordentliche Unsicherheit bestand, die nur allmählich und nach mühsamen Suchen und Durchmustern zu dem richtigen Resultat gelangte. Meist spielte sich dieser Vorgang in der Weise ab, daß die Kinder zunächst ungleiche Farben — z. B. rot und grün — zusammenlegten, dann aber sofort stutzten und die nicht zusammenpassenden Bündel wieder auseinanderlegten, um das Suchen von Neuem zu beginnen; nach langem Prüfen aller einzelnen Bündel und sorgfältigem Studium mit den Augen kam dann gewöhnlich ganz allmählich das richtige Prüfungsresultat zustande, das schließlich trotz mehrfachen Fragens meinerseits aufrecht erhalten wurde. So wenig man in diesen Fällen von einer eigentlichen partiellen Farbenblindheit sprechen konnte, ebensowenig konnte — wenigstens nach meiner Auffassung — die Farbenempfindung dieser Kinder als eine völlig normale bezeichnet werden, denn alle die andern Kinder mit normalem Farbensinn legten in wenigen Augenblicken ohne längere Überlegung die passenden Farben durchaus richtig zusammen; ich meine also nach dieser Erfahrung, daß wir zwischen der Farbenblindheit und dem normalen Farbensinn noch eine bestimmte

Zwischenstufe als „schwachen Farbensinn“ einzuschalten haben, ganz analog den Beobachtungen auf dem Gebiete der verschiedenen Stufen geistiger Entwicklung, auf dem uns viele minderwertig Veranlagte entgegentreten, die durch langsames, aber angestrengtes Denken, durch fleißiges Studium u. dgl., falsche Vorstellungen zu überwinden und durch mühsames Zusammenfassen all ihrer geringen geistigen Kräfte doch noch im allgemeinen richtige Urteile zu bilden im stande sind. Es erübrigt nun noch dis Anzahl und einzelnen Arten der partiellen Farbenblindheit zu erörtern. Es wurden festgestellt: 3 Fälle von Rotblindheit, 6 Fälle von Grünblindheit, 2mal Rotgrünblindheit und 31mal Violettblindheit bzw. Grünviolettblindheit (acht Fälle). Bemerkenswert erscheint mir hier nur die große Anzahl der Befunde von Violettblindheit bzw. Grünviolettblindheit. Nach den Angaben des Lehrbuches von Michel soll die Rotgrünblindheit die häufigste Form der Farbenblindheit sein, die in meiner Untersuchungsreihe nur mit zwei Fällen vertreten ist. Wenn diese geringe Zahl der Rotgrünblindheit nun auch bei der relativ niedrigen Zahl von 540 Untersuchungen an sich nichts auffallendes hat, so scheint es mir doch, daß die auffallend große, weitaus überwiegende Menge von Violettblinden schwerlich als eine rein zufällige bezeichnet werden darf. Ich möchte vielmehr in Übereinstimmung mit einem Augenarzt, mit dem ich darüber einmal eingehend sprach, die Vermutung aussprechen, daß vielleicht auf die Farbenempfindung der gerade auf dem Lande aufwachsenden Kinder die in der Natur vorherrschenden Farben Grün bzw. deren Komplementärfarbe Rot so intensiv und nachhaltig einwirken, daß dadurch die Empfindung für die Farbe Violett — die ja wohl überhaupt Dorfkindern nicht allzu oft vor die Augen kommt — eine gewisse Abschwächung erfährt; wäre dies der Fall — und diese Anschauung hat wohl manches für sich — dann würde damit vielleicht auch der seltene Befund von nur zwei Fällen Rotgrünblindheit eine natürliche Erklärung finden.

Von krankhaften Affektionen des Zentralnervensystems, die sich naturgemäß bei Schulkindern nur selten, bzw. meist nur als angeborene Störungen finden, wurden festgestellt: 3 Fälle von essentieller Kinderlähmung (2 Knaben, 1 Mädchen) und — aus dem neuro-psychopathischem Gebiet — 1 Fall von Epilepsie, 1 Fall epileptiformer Krampfanfälle und 1mal Veitstanz. Bei einigen schwächlichen Kindern fand sich eine Hypersensibilität in Verbindung mit Ängstlichkeit oder reizbarer Gemütsstimmung, und damit kommen wir zu der Besprechung des geistigen Status der untersuchten Schulkinder.

Um über den gesamten geistigen Status der Kinder einen einigermaßen ausreichenden Überblick zu gewinnen, hatte ich zunächst nach den genauen und sehr gewissenhaften Angaben der Lehrer mir über die geistige Begabung eines jeden Kindes, soweit dieselbe im Schulunterricht erkennbar geworden war, genaue Notizen angelegt und danach sämtliche Kinder nach dem Grade der Begabung in vier Hauptklassen und zwei Zwischenklassen, nämlich A, A—B, B, B—C, C und D eingeteilt. Die Bedeutung dieser Begabungsklassen, in die die Kinder entsprechend eingereiht wurden, war folgende:

A = Kinder mit sehr guter geistiger Begabung,
A—B = Kinder mit einer das Mittelmaß etwas überschreitenden Begabung,
B = Kinder mit mittelmäßiger Begabung,
B—C = Kinder mit einer das Mittelmaß etwas unterschreitenden, geistigen Anlage,
C = sehr gering begabte Kinder,
D = ausgesprochen Schwachsinnige.

Diese Einteilung in vier bzw. sechs Begabungsklassen könnte vielleicht von dem einen oder anderen Leser als zu kompliziert bezeichnet und es könnte gefordert werden, zur Vereinfachung des Schemas nur drei Kategorien, nämlich gut begabte, mittelmäßig veranlagte und gering begabte Kinder zu unterscheiden. Indessen meine ich, daß wir, trotzdem für einen nur allgemeinen Überblick schon die Dreiteilung ausreichend erscheinen kann, auf diesem Gebiete doch nicht allzu schematisch verfahren dürfen, und daß es einmal nicht unrichtig, dann aber sehr interessant ist, gerade die Anzahl derjenigen Kinder, die das Mittelmaß geistiger Begabung etwas überschreiten, ohne doch zu den sehr gut veranlagten Kindern zu gehören, und andrerseits diejenigen, die sich zwar etwas unter dem Mittelmaß bewegen, aber doch noch über den geistig sehr gering Begabten stehen, zu eliminieren bzw. zu vergleichen, denn diese beiden von mir mit A—B bzw. B—C bezeichneten Gruppen umfassen meist gerade diejenigen geistigen Existenzen, die nicht, wie die Gruppen A, B und C, über ein gewisses Gleichmaß geistiger Kraft bzw. geistiger Schwäche verfügen, die vielmehr — Gruppe A—B — außer ihrem Mittelmaß von Verstandeskräften für bestimmte Gebiete einen kleinen Vorrat recht guter geistiger Kräfte besitzen können, oder, wie Gruppe B — C, innerhalb einer im allgemeinen recht bescheidenen Verstandesanlage doch noch über einige, als durchaus brauchbares Mittelmaß hervortretende geistige Eigenschaften verfügen. Gerade in diesen beiden Kategorien aber — und das ist das Interessante an dieser Gruppierung — finden sich in gleichem Verhältnis jene Existenzen, die im späteren Kampf des Lebens entweder sich über Erwarten gut geistig entwickeln, d. h. über Erwarten tüchtiges leisten oder unerwartet rasch Schiffbruch leiden — je nachdem sie das Schicksal gerade auf einen Posten stellt, der ihren besonderen geistigen Fähigkeiten oder — vice versa — den wenigen geistig leistungsfähigen Gaben, die sie besitzen, angepaßt oder nicht angepaßt ist und ihnen die Gelegenheit zur Betätigung gerade ihrer besseren Verstandskräfte entweder darbietet oder vorenthält.

Ich habe mich bemüht, mit Hilfe der Lehrer die verschiedenen Gruppen nach den vorstehend erörterten Gesichtspunkten zusammenzustellen. Daß ich die Schwachsinnigen nicht einfach in die Klasse C der Minderbegabten eingereiht, sondern für diese eine besondere Gruppe D zusammengestellt habe, rechtfertigt sich wohl ohne weiteres von selbst. Die hiernach erfolgte Einteilung hatte für die einzelnen Begabungsklassen nachstehendes Resultat:

A = 108 Kinder,
A—B = 55 „
B = 164 „
B—C = 65 „
C = 141 „
D = 7 „

Betrachten wir dieses Zahlenverhältnis näher, so ist zunächst die an sich durchaus erklärliche Tatsache zu erwähnen, daß die zahlreichste Gruppe mit 164 Kindern die mit B bezeichnete (Mittelmäßige Begabung) ist, und daß die Zwischenklassen A—B und B—C mit 55 bzw. 65 etwa die gleiche Ziffer haben. Diese drei Klassen A—B, B und B—C als Ganzes zusammengenommen, stellen die Anzahl der Kinder dar, die ich unter den Begriff der „mittleren Begabungsbreite“ als eine größere gemeinsame Sonderklasse zusammenfassen möchte, die also mit 284 Kindern 52,6 % aller Untersuchten ausmacht. Während nun die Zahl der sehr begabten Kinder 108 beträgt, ist die Summe der gering Begabten einschließlich der Schwachsinnigen mit insgesamt 148 nicht unerheblich höher — und das könnte doch mancher der Leser als ein für das geistige Niveau der untersuchten Kinder ungünstiges Ergebnis ansehen. Indessen möchte ich doch annehmen, daß ein wirklich ungünstiges Ergebnis der Begabungsfesttellung tatsächlich nicht vorhanden ist. Denn jeder, der — wie der Arzt, der Lehrer und andere —

gewohnt ist, mit Menschen allerlei Berufsklassen zu verkehren, sie in den verschiedenartigsten Situationen des Lebens zu studieren, die geistige Entwicklung verschiedener Altersklassen von Kindern genau zu verfolgen, wird mir zugeben, daß die Anzahl der hervorragend bzw. gut begabten Menschen das Zahlenverhältnis von 20 % — wie wir es in meiner Aufstellung vor uns haben — auch bei einer wirklich intelligenten Bevölkerung kaum übersteigt, vielmehr oft noch unter diesem Prozentsatz verbleibt, und daß es durchaus nicht dem tatsächlichen geistigen Status der Menschheit entspricht, daß die Anzahl der geistig besonders bevorzugten Menschen — etwa im Sinne eines natürlichen Ausgleiches der psychischen Extreme — auf gleicher Höhe mit der Anzahl der geistig gering Veranlagten steht; letztere, die Gruppe C, wird — das ist eine durchaus natürliche Erscheinung — wenigstens zur Zeit und noch auf lange Zeit hinaus an Zahl die Gruppe A überragen. Ich meine daher, daß ein Vergleich der extremen Gruppen A und C überhaupt nicht dem erforderlichen Maßstab entspricht, den wir beim Abwägen der Bedeutung der einzelnen Begabungsklassen anlegen müssen, daß es vielmehr richtig ist, die geistig brauchbaren Individuen den geistig minderwertigen oder unbrauchbaren gegenüberzustellen. Tun wir dies, d. h. zählen wir die Gruppen A, A—B, B und B—C als die Summen derer, die das für das Leben erforderliche, geistige Mindestmaß besitzen, als ein Ganzes zusammen, dann haben wir folgendes Verhältnis in unserer Statistik:

A, A—B, B, B—C = 392
C und D = 148

Dieses Verhältnis ist nach meiner Auffassung ein durchaus günstiges und normales, um so mehr, wenn wir bedenken, daß in der Gruppe C, wie wir nachher noch sehen werden, eine große Anzahl geistiger Existenzen enthalten ist, die unter außerordentlich ungünstigen familiären oder sozialen Verhältnissen aufwachsen und unter dem Druck solcher Verhältnisse oder unter dem Einfluß schlechter Erziehung geistig niedergehalten werden, die aber später, falls die ungünstigen Einwirkungen der angedeuteten Verhältnisse aufhören und ihnen die Möglichkeit zur Weiterentwicklung und Hebung ihres verkümmerten geistigen Menschen gegeben wird, unter bestimmter Führung anderer in einem rein praktischen Berufe nicht nur das für den täglichen Lebensunterhalt gerade unbedingt notwendige leisten, sondern auch in etwas höherem Sinne durchaus brauchbare Glieder der menschlichen Gesellschaft werden können.

Ich möchte nun noch einen Punkt erörtern, dem ich bei meinen Untersuchungen besondere Aufmerksamkeit geschenkt habe, das ist nämlich das Vorhandensein von Gesichtsassymmetrieen und bestimmten Degenerationsanzeichen der Gesichtsbildung und ihre Beziehung zu dem geistigen Status der betreffenden Kinder. Ich bin mir dabei vollkommen bewußt, daß das Gebiet, das ich hier betrete, ein äußerst schwieriges und noch vielfach unerforschtes ist, und es liegt mir durchaus fern, aus den von mir beobachteten Abnormitäten der Gesichtsbildung zu weitgehende Folgerungen zu ziehen, wie das nach meiner Auffassung Lombroso tut; aber das eine glaube ich doch auch aus meinen Untersuchungen schließen zu können, daß zwischen der mehr oder minder vorhandenen Symmetrie der Gesichtsbildung und der geistigen Anlage eines Menschen ein gewisser Zusammenhang besteht, den wir keineswegs nur als etwas zufälliges bezeichnen dürfen, der vielmehr bei einem bestimmten Typus von Individuen mit einer gewissen Regelmäßigkeit wiederkehrt. Der Psychiater legt ja dem Vorhandensein von Assymmetrieen der Gesichtsbildung im Sinne eines psychopathischen Befundes schon längst eine größere Bedeutung bei, andere leugnen diese Bedeutung — jeder hat von seinem Standpunkt aus Recht, insoweit er das Extrem in der Anschauung des anderen bekämpft. Wenn man, etwa in Lombrososchen Bahnen wandelnd, jeden Befund einer Gesichtsasymmetrie, jede schiefstehende Nasenscheidewand, jedes angewachsene Ohrläppchen als ein äußeres Zeichen einer geistig verkehrten Anlage, womöglich als ein besonderes Kennzeichen einer Moral insanity ansehen will, so wird damit meiner Ansicht nach denn doch übers Ziel hinausgeschossen. Wir alle wissen, daß der Begriff der Gesichtsasymmetrie überhaupt sehr schwer zu umgrenzen ist, denn wirklich, d. h. auch in den kleinsten Teilen und Linien völlig symmetrische Gesichter gibt es wohl nur wenige oder vielleicht gar keine, so wenig es überhaupt völlig symmetrisch gebaute menschliche Körper gibt. Daraus folgt ohne weiteres, daß ein asymmetrischer Bau korrespondierender Körperregionen an sich etwas durchaus Physiologisches sein kann, und daß erst die Überschreitung eines gewissen Maßes körperlicher Asymmetrie in das pathologische Gebiet bzw. in das Gebiet des Abnormen gehört. So werden wir — um nur ein gewöhnliches Beispiel herauszugreifen — die vielleicht nur zufällig erkennbare angeborene Verkürzung eines Beines eines Menschen um 1 oder 2 mm wohl niemals als einen pathologischen Befund ansehen, während wir die Verkürzung eines Armes oder Beines um mehrere Zentimeter schon als eine unter Umständen sehr ins Gewicht fallende krankhafte Affektion betrachten müssen. Wir werden also von eigentlichen Asymmetrien der Körperbildung — und das gilt auch für die Figuration des Gesichtes — nur da sprechen können, wo diese Asymmetrie eine das Maß des Gewöhnlichen, des Physiologischen überschreitende ist, d. h. wo sie eine sofort deutlich erkennbare und in die Augen springende ist. Von diesem Standpunkt ausgehend, habe ich bei allen Kindern die Gesichtsbildung genau geprüft und die bei bloßer Betrachtung deutlich erkennbaren Asymmetrien des Gesichtes als solche verzeichnet. Hierbei wurden besonders festgestellt: alle Ungleichheiten in der Größe der beiden Gesichtshälften, sowohl in der Gesamtanlage des Gesichtes, wie in den einzelnen Teilen desselben, z. B. verschiedenartige Stellung und Größe der beiden Augen, der Ohren, der Nasenflügel, der Nasenlöcher, verschiedenartige Richtung der Naso-Labialfalten, Tieferstehen des einen Mundwinkels und dergleichen mehr. Auf die einzelnen Begabungsklassen verteilt, ergab sich hierbei folgendes Zahlenverhältnis der festgestellten Gesichtsasymmetrien:

Anzahl der Kinder überhaupt	Gesichtsasymmetrien
A = 108	19
A—B = 55	21
B = 164	54
B—C = 65	38
C = 141	71
D = 7	7

Es genügt ein Blick auf diese Zahlenreihe, um sofort das interessante Resultat festzustellen, daß die Anzahl der Fälle von Gesichtsasymmetrie nicht nur bei den minder begabten Kindern erheblich höher ist, als bei den geistig besser veranlagten, sondern daß offenbar mit der Abnahme der geistigen Begabung eine regelmäßige prozentuale Zunahme der asymmetrischen Gesichtsbildungen zu konstatieren ist. Wenn wir die wichtigsten Begabungsklassen A, B, C, D betrachten, so sehen wir, daß die geistig sehr gut begabten Kinder (A) = 18 % Gesichtsasymmetrien, die mittelmäßig begabten (B) = 33 % Gesichtsasymmetrien, die sehr gering begabten (C) = 50 % Gesichtsasymmetrien, die Schwachsinnigen (D) = 100 % Gesichtsasymmetrien aufweisen. Ich möchte nun noch auf den interessanten Umstand hindeuten, daß die Gruppen A—B und B—C, in denen — wie ich oben näher ausführte — vielfach Individuen mit einer ungleichmäßigen geistigen Anlage rubriziert sind

einen relativ hohen Prozentsatz von Gesichtsasymmetrien — nämlich A—B = 38 %, B—C = 58 % — haben, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß die Beobachtungsreihen für diese beiden Gruppen zahlenmäßig die kleinsten, d. h. statistisch nicht in dem Maße beweiskräftig sind, wie die andern größeren Gruppen. Jedenfalls können wir nach dem Gesamtresultat der vorstehenden Zahlenreihen, ohne dem Befund der Gesichtsasymmetrien eine zu weitgehende Bedeutung beimessen zu wollen, doch zunächst behaupten, daß die Asymmetrie des Gesichtes eine Erscheinungsform ist, die besonders häufig bei den geistig minderbegabten bzw. den ungleichmäßig begabten Individuen zu finden ist.

Es bliebe nun noch zu erörtern, inwiefern die Gesichtsasymmetrie eine besondere Eigenschaft der geistig minderwertigen, der moralisch degenerierten oder sonstigen geistig verkehrten Existenzen zu sein scheint. Für diese Frage ist zunächst schon die Tatsache von einer gewissen Bedeutung, daß die von mir untersuchten sieben schwachsinnigen Kinder, die doch schon als pathologisch zu bezeichnen sind, sämtlich mit Gesichtsasymmetrien behaftet waren. Dabei will ich uoch bemerken, daß überhaupt die höheren und höchsten Grade asymmetrischer Gesichtsbildung vorwiegend in den Gruppen C und D (Schwachsinnige) — und zwar in der letzteren am stärksten — vertreten waren. Dafür aber, daß auch die geistig minderwertigen, bzw. die moralisch degenerierten Individuen oder diejenigen, die, von psychopathischen Eltern abstammend, stark belastet erscheinen, unter den Gesichtsasymmetrien ziemlich zahlreich vertreten sind, will ich im nachstehenden noch eine Anzahl markanter Beispiele vorführen, indem ich die besonders wichtigen, von mir festgestellten Merkmale näher angebe.

1. 10jähriger Knabe, uneheliches Kind, sehr reizbare Gemütsstimmung, deutliche Anzeichen sittlicher Entartung, hat schon mehrfach schwere Schulstrafen wegen Diebstahls erhalten, hat ausgesprochenen Hang zum Lügen, ist aber geistig relativ gut veranlagt (A—B). Gesichtsbildung: Starkes Schiefstehen der Nasenscheidewand, rechtes Auge größer wie linkes; Schiefstand der Zahnreihen, äußere Schneidezähne stehen nicht an normaler Stelle, sondern auffallend weit nach oben, innere Schneidezähne auffallend breit und vierkantig, ungewöhnlich große Ohren — Gesicht in allen Teilen asymmetrisch.

2. 13jähriges Mädchen. Geistig sehr gering begabt, hat Anlage zu verstocktem Lügen und zum Diebstahl. Gesicht stark asymmetrisch, Nasenscheidewand steht schief.

3. 11jähriger Knabe, geistig B—C, stammt von leichtsinnigen Eltern ab, hat ausgesprochene Neigung zum Lügen und Anzeichen von Kleptomanie, Gesicht asymmetrisch, Mund unregelmäßig und schief stehend.

4. 13jähriger Knabe, hat sehr schlechte, unsittliche Anlagen, neigt stark zum Lügen, geistig sehr schwach begabt. Gesicht hochgradig asymmetrisch, länglich und unregelmäßig.

Weitere moralisch degenerierte Kinder, als die vier hier näher beschriebenen, konnten in den drei in Betracht kommenden Schulen nicht eliminiert werden. Es ist nun weiterhin von Interesse, daß 13 Kinder, die durch ihre meist sehr hochgradige Gesichtsasymmetrie auffielen, von denen aber die Hälfte geistig gut veranlagt waren, von Eltern bzw. von Vätern oder Müttern abstammten, die mir als Gewohnheitsdiebe oder sonstwie hochgradig moralisch degenerierte Menschen — darunter einige aus moralisch sehr tiefstehenden, ganz verkommenen Familien — genau bekannt waren. Ich erwähne ferner noch, daß in 16 Fällen von ausgesprochenen Gesichtsasymmetrien — darunter sechs gut und zehn sehr schwach begabte Kinder — festgestellt wurde, daß eins der Eltern geisteskrank, hysterisch oder hochgradig nervös war. Und schließlich erwähne ich noch, daß 24 Kinder mit asymmetrischen Gesichtern — darunter 8 Begabte und 16 sehr schwach Veranlagte — eliminiert wurden, deren Väter, in einem Falle die Mutter, ausgesprochene Gewohnheitstrinker waren, ein Umstand, der wohl auch für die auf die Deszendenz stattfindende ungünstige Einwirkung des Alkoholgiftes spricht. Ein an Epilepsie und ein an Veitstanz leidender Knabe hatten beide asymmetrische Gesichter.

Fassen wir das Gesamtresultat aller letzten Betrachtungen zusammen, so müssen wir zu dem weiteren Schluß kommen, daß Asymmetrieen des Gesichtes sich nicht nur bei den geistig minderbegabten Menschen, sondern auch bei den geistig und moralisch degenerierten Individuen oder bei solchen, die von ihren Eltern in psychopathischem Sinne belastet sind, besonders häufig zu finden scheinen. Ich will nun noch bemerken, daß ich den Befund von angewachsenen Ohrläppchen, dem ja manche Psychiater eine besondere Bedeutung als Degenerationsanzeichen beilegen, in 59 Fällen = 10,9 % — und zwar 14mal in Gruppe A, 24mal in Gruppe B, 20mal in der Begabungsklasse C und 1mal in D — festgestellt habe, daß ich aber nach den Antecedentien der betreffenden Kinder nicht imstande war, auch nur in einer nennenswerten Anzahl der Fälle zwischen dem Bestehen der angewachsenen Ohrläppchen und dem geistigen Status der Kinder irgend einen Zusammenhang im Sinne einer Degeneration abzunehmen. Es mag das vielleicht ein weiterer Beweis dafür sein, daß wir bei der Erklärung von Asymmetrien der Gesichtsbildung bzw. Abnormitäten der Kopfbildung nicht zu weit gehen dürfen; denn wir dürfen nicht vergessen, daß Gesichtsasymmetrien, abnorme Schädelbildungen und dergleichen, ohne immer und ausschließlich mit der geistigen Entwicklung des Menschen in Wechselbeziehungen zu stehen, doch auch manchmal in harmlosen Wachstumsstörungen der menschlichen Frucht — d. h. vor der Geburt —, in Wachstumsstörungen in der Pubertätsperiode, in trophoneurotischen Krankheitsprozessen, in krankhaften Affektionen des Knochensystems, Rhachitis und dergleichen ihre Erklärung finden können — ein Umstand, der für manchen geistig und sittlich hochstehenden, mit abnormer Gesichts- und Schädelbildung behafteten Menschen zur Beruhigung dienen mag.

Ich bin am Ende meines Berichtes über die Resultate meiner Untersuchungen an Schulkindern. Ich glaube bewiesen zu haben, daß derartige Untersuchungen geeignet sind, allerlei interessante Resultate aus den großen Gebieten der Physiologie, Pathologie und — nicht zuletzt — der Physiognomik zutage zu fördern, und ich würde mich freuen, wenn auch andre Kollegen zur Nachprüfung meiner Ergebnisse gleichartige oder ähnliche Untersuchungen anstellen und veröffentlichen würden.

Über die versicherungsärztliche Untersuchung des Herzens.

Von

Dr. Leopold Feilchenfeld.

Eine der Hauptaufgaben der Versicherungsmedizin ist es zweifellos, die Fortschritte der allgemeinen medizinischen Wissenschaft für ihre besonderen Zwecke nutzbar zu machen und daher von Zeit zu Zeit eine Revision der für die Versicherungspraxis besonders wichtigen Anschauungen und Regeln eintreten zu lassen. Das muß entschieden geschehen, wenn man ihr nicht Rückständigkeit vorwerfen soll. Dieser Vorwurf könnte aber gerechtfertigt erscheinen, wenn wir einen Blick auf diejenigen Fragen werfen, die in dem vertrauensärztlichen Atteste der meisten Lebensversicherungsanstalten an den Arzt bei der Untersuchung des Herzens gerichtet werden. Denn aus diesen Fragen geht deutlich hervor, daß sie von den auf dem einschlägigen

Gebiete seit etwa zehn Jahren gemachten Forschungen wenig beeinflußt worden sind.

Freilich kann eine wesentliche Entscheidung bei einem so wichtigen Teile der vertrauensärztlichen Untersuchung natürlich nicht durch einen Einzelnen herbeigeführt werden. Viele und maßgebende Autoritäten müssen dazu beitragen. Hier soll nur eine Anregung gegeben werden, besonders in der Hoffnung, daß der Gegenstand auf die Tagesordnung des nächsten internationalen Kongresses kommen und dort durch eine ergiebige Diskussion ein positives Resultat zeitigen möge.

Der Spitzenstoß wird seiner Lage nach zumeist durch die Beziehung zu der Brustwarze bestimmt. A. Kirchner*) hat aber festgestellt, daß die Lage der Brustwarze so erheblich schwankt, daß ihr je nach der Körperlänge und Brustweite der Personen eine ganz verschiedene Beurteilung zukommen müßte. Er fand bei 900 Gesunden, daß die Entfernung der Brustwarze von der Mittellinie (des sternum) zwischen 9—13 cm beträgt. Auch Goldscheider**) kommt zu dem Resultat, daß die linke Brustwarze keinen unveränderlichen Punkt für die Lage der Herzspitze darstellt, da schon bei der In- und Exspiration wesentliche Verschiedenheiten sich ihm ergeben haben, wie er durch sehr leise Perkussion (Schwellenwerthsperkussion) und den Vergleich mit Orthodiagrammen gefunden hat. Auch ich habe schon in meinem Leitfaden für die Versicherungspraxis darauf aufmerksam gemacht, daß die Herzspitze bei ganz gesunden Menschen in der Mammillarlinie oder etwas nach außen von ihr zu fühlen ist, ohne daß man daraus irgend einen Schluß auf das Vorhandensein einer Affektion des Herzens ziehen dürfte. Man muß daher mit Goldscheider und Kirchner verlangen, daß für die Lage des linken Herzrandes die Bestimmung durch das Zentimetermaß eingeführt werde. Der Normalwert wäre bei erwachsenen Männern und bei mittlerer Atmung 9—10 cm, bei tiefster Exspiration 11—12 cm maximale Entfernung von der Mittellinie des sternum bis zum linken Herzrande.

Schwieriger als über die topographische Bestimmung der Herzspitze wird sich wegen der Art der Perkussion eine Einigung erzielen lassen. Zunächst die Position der untersuchten Person. Für die Palpation der Herzspitze ist wohl das von Drescher und Seitz, wie von Gumprecht empfohlene Verfahren stets anzuwenden, daß man die Untersuchung bei nach vorn geneigtem, aufrechtem Körper vornimmt. Nur, wenn schon in Rückenlage oder gerader Haltung die Herzspitze deutlich fühlbar ist, kann man von der vortrefflichen Methode jener Autoren absehen. Bei der Perkussion wird aber immer noch von Vielen die Rückenlage bevorzugt, so auch von Goldscheider in der zitierten Arbeit. Mir ist das unbegreiflich, da man sich jeden Augenblick, namentlich bei korpulenten Personen, von der Tatsache überzeugen kann, daß in der Rückenlage das Herz erheblich nach hinten d. h. nach der Wirbelsäule hin zurückfällt und die Perkussion absolut andere Verhältnisse ergibt, als bei aufrechter Haltung. Allerdings ist es wohl wahr, daß man sich bei der horizontal wirkenden Perkussion mehr Erfolg versprechen kann, als bei der in aufrechter Haltung leicht vorkommenden schrägen Richtung. Aber man muß doch selbst für die feinsten Perkussionsmethoden zugeben, daß mit der größeren Entfernung des Herzens von der Brustwand die Sicherheit des Perkussionsresultates abnimmt. Hingegen wird man sicherlich die leise Perkussion, wie sie Goldscheider verlangt, auch für die versicherungsärztliche Untersuchung des Herzens als selbstverständlich betrachten. Die Perkussion soll so leise vorgenommen werden, daß nur eben ein ganz leichter Schall mehr gefühlt, als gehört wird. In der Tat pflegt dann, namentlich bei dem allmählich von der Seite, von den Lungenpartieen her zur Herzgegend übergehenden Perkutieren der eben noch deutlich wahrnehmbare Schall vollkommen zu verschwinden, sobald man auf die dem dahinter liegenden Herzen entsprechende Partie kommt. Ich habe mich von der Vortrefflichkeit dieser Methode bereits vor zwanzig Jahren überzeugt. Damals kam auf meine Abteilung im Krankenhause ein Mann, der ziemlich unbesinnlich war, einen sehr frequenten, kleinen Puls hatte und cyanotisch aussah. Bei leisester Perkussion des Herzens fand ich eine abnorme Vergrößerung der Herzdämpfung und nahm das Vorhandensein eines sehr großen perikardialen Exsudates an, was mir aber auf Grund seiner Untersuchung von einem sehr erfahrenen Kliniker bestritten wurde. Indessen bestätigte der Befund bei der Obduktion bereits am nächsten Tage, daß es sich um eine sanguinulente Perikarditis aus unbekanntem Ursprung handelte und um Anwesenheit von mehr als einem halben Liter Flüssigkeit. Diese Diagnose war nur bei leiser Perkussion möglich gewesen, während laute Perkussion der sehr mageren Brustwand durch das Mitklingen der benachbarten Lungenpartien eine kleine Herzdämpfung vorgetäuscht hatte. Etwas andres ist aber zu bedenken, daß man nämlich auf eine etwa vorhandene mäßige Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts nicht zu viel Gewicht legt. Die direkte Frage in dem vertrauensärztlichen Atteste läßt das wohl erwarten. Indessen kommen vorübergehende Verbreiterungen des Herzens nach rechts ebenso wie nach links vor infolge von Überanstrengungen, die eine ernste Gefährdung des Lebens nicht mit sich bringen. Vielmehr habe ich solche Verbreiterungen schon häufig wieder verschwinden sehen. Allerdings wird man einen Unterschied machen zwischen fetten und mageren Personen. Bei Mageren wird man eine erhebliche Verbreiterung nach rechts immerhin als einen bedenklichen Umstand betrachten. Bei Korpulenten aber ist entschieden die Furcht vor Aufnahme von Personen mit mäßiger Verbreiterung des Herzens nach rechts völlig ungerechtfertigt. Ich habe schon eine Reihe von Patienten fast zwei Jahrzehnte dauernd beobachtet, die bei solcher Verbreiterung nie die geringsten Beschwerden von Seiten des Herzens dargeboten haben. Ich wies auch in meinem Leitfaden für die Versicherungspraxis darauf hin, daß eine Verbreiterung häufig durch Hochstand der Leber und des Zwerchfells vorgetäuscht wird. Jetzt hat nun Goldscheider in seiner oben erwähnten Arbeit den genauen wissenschaftlichen Nachweis erbracht, daß bei tiefer Exspirationsstellung, also Hochstand des Zwerchfells die Herzdämpfung erheblich breiter ausfällt, als bei der mittleren, oder der extremen Inspirationsstellung. Bei korpulenten Personen mit fettem, aufgetriebenem Leibe und schwerer Leber ist aber zumeist eine andauernde Exspirationsstellung des Zwerchfells vorhanden. Infolgedessen darf es nicht Wunder nehmen, wenn man die Dämpfung des Herzens, namentlich bei subtiler Perkussionsmethode oder womöglich durch Orthodiagramm nach rechts verbreitert findet. Es muß in solchen Fällen sorgsam auf die Töne des Herzens geachtet werden, auf die Pulsbeschaffenheit und die anderen physikalischen Methoden, um eine ernste Herzmuskelaffektion auszuschließen.

Ein Umstand ist aber auch noch bei der Perkussion in Betracht zu ziehen, der bisher mit Unrecht wenig Beachtung fand. Das ist die Intensität der Herzdämpfung. Bei den schweren Formen von Herzmuskelerkrankung, besonders den mit Arteriosklerose komplizierten, findet man so kompakte Dämpfungen, daß man eine besonders feine Methode zu ihrer Eruierung nicht nötig hat. Häufig ist auch bei Fällen von Angina pectoris eine solche solide Herzdämpfung, die gar nicht zu sehr groß zu sein braucht, vorhanden. Auf eine solche ist, glaube ich, mehr Wert

*) Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 21, 1905.

**) Deutsche Med. Wochenschr. 1905, Nr. 9 u. 10.

in prognostischer Hinsicht zu legen, als auf eine durch besonders sorgsame Perkussion herausgebrachte Herzvergrößerung mit sehr leichter Dämpfung des Schalles. Wiederum möchte ich die mäßigen idiopathischen Hypertrophien des Herzens, die sich bei jugendlichen Personen finden, ohne daß etwa Eiweiß im Urin nachweisbar wäre, oder eine Klappenaffektion besteht, für unschuldig halten. Ich sah sehr oft solche mäßigen Hypertrophien, besonders am linken Herzen, infolge früher bestehender Blutarmut und Schlaffheit des Herzens sich entwickeln, ich möchte sagen als Heilungsvorgang. Durch angewandte Herztonica (Digitalis, Strophantus) und durch allgemeine Behandlung, besonders methodische Gymnastik und Hydrotherapie werden solche schlaffe Herzen derartig gekräftigt, daß oft, besonders bei jugendlichen Individuen, eine geringe Hypertrophie des Herzmuskels allmählich entsteht, die durchaus nicht als eine krankhafte Erscheinung aufzufassen ist.

In bezug auf die Auskultation hat die neueste Zeit keine wesentliche Veränderung unserer Anschauungen über die Bedeutung des Befundes gebracht. Die Auskultation der Herztöne bleibt natürlich stets das souveräne Mittel für unsere Beurteilung der Klappenerkrankungen. Es muß auf die Reinheit der Herztöne, auf ihre Akzentuation geachtet werden, ob ein Ton gespalten ist, ob ein Ton klappend erscheint und ob Geräusche vorhanden sind. Die Bedeutung der einzelnen Klappenkrankheiten für die Lebensprognose zu betrachten, ist einstweilen nicht möglich. Man wird sich aber mit dieser Frage eingehend zu beschäftigen haben, wenn man die Lebensversicherung allgemeiner auch auf minderwertige Individuen ausdehnen wird, was sicherlich mit der Zeit kommen wird. Das eine kann aber schon jetzt gesagt werden, daß auch die Herzklappenfehler in Rücksicht auf ihre Beeinträchtigung der Lebensdauer viel zu ungünstig beurteilt werden. Sicheres kann erst durch genaue Morbiditätsstatistiken eruiert werden. Eine Tatsache ist, daß abgelaufene Herzklappenfehler in keiner Weise eine mittlere Lebensdauer bis zum 55. Jahre ausschließen. Nur das eine ist zweifellos, daß solche Personen bei jeder akuten Krankheit mehr in Lebensgefahr kommen, als gesunde. Zwei Momente scheinen mir besonders für die Beurteilung eines Herzklappenfehlers von Wert. Einmal, in welcher Lebensperiode ein solches Leiden erworben wurde. Die im Kindesalter akquirierten Fehler, namentlich, wenn sie im Anschluß an akute Infektionskrankheiten sich entwickelten, involvieren eine sehr ungünstige Prognose, offenbar weil am ganzen Herzen ernstere Folgeerscheinungen sich zu zeigen pflegen und dann, weil der übrige Körper bei seiner Entwicklung geschädigt wird. Die Patienten, die ihren Herzfehler später als mit 22 Jahren erwarben, haben eine günstigere Chance, mit dem Leiden einigermaßen fertig zu werden. Das zweite Moment aber, von dem das Schicksal der an Herzklappenkrankheiten Leidenden abhängt, das ist die Beschaffenheit ihres Herzmuskels.

Die Prüfung der Herzmuskelkraft, das heißt der Funktion des Herzens ist erst in den letzten Jahrzehnten in den Vordergrund der Herzuntersuchung überhaupt getreten. Seit den Arbeiten Engelmanns hat man auch bei den Klinikern mehr Wert darauf gelegt, die Kenntnis von der Leistungsfähigkeit des Herzmuskels zu fördern. Denn man erkannte, daß jedes Herz so viel aushalten kann, als sein Muskel zuläßt. Damit soll natürlich nicht behauptet werden, daß das durch Kompensation eines Klappenfehlers hypertrophisch gewordene Herz auch leistungsfähiger geworden ist. Davon kann natürlich nie die Rede sein. Eine erhebliche Hypertrophie wird stets darum eine Gefahr für den Patienten bleiben, weil eine maximale Anstrengung eines solchen Herzens zu plötzlichem Versagen führen kann. Aber bei gut kompensierten Klappenfehlern mit geringer Herzmuskelhypertrophie und bei allen Zuständen von Herzmuskelschwäche, besonders bei der Neurasthenia cordis wird man stets auf die Funktionsprüfung des Herzens angewiesen sein, wenn man über die Zulässigkeit eines solchen Falles zur Versicherung ein Urteil abgeben will.

Die Prüfung der Funktionsfähigkeit des Herzmuskels geschieht einmal durch die von v. Basch inaugurierte physikalische Methode der Blutdruckmessung. Diese mehr klinische Methode würde für die gewöhnliche Untersuchung der Versicherungsärzte kaum eingebürgert werden können. Zur Aufnahme von Kurven selbst mit sehr verbesserten Apparaten wie zur sicheren Beurteilung der angefertigten Kurven gehört eine größere Vertrautheit mit dieser Methode, als man bei den meisten Ärzten voraussetzen darf. Immerhin wird das Verfahren für zweifelhafte Fälle stets in Betracht kommen. In einem Vortrage hat Kraus*) eingehend den Einfluß von Reizen z. B. des Trigeminus durch Ammoniak auf den Blutdruck geprüft. Er hat ferner gefunden, daß bei einer Atropineinspritzung (von 0,0005 bis 0,001) eine vorhandene arhythmische Herztätigkeit verschwindet, wenn sie leichter, unschuldiger Art ist (etwa durch Blähung des Magens bedingt), daß sie aber unverändert bestehen bleibt, wenn es sich um eine ernste Herzmuskelerkrankung handelt. Diese, bereits von Dehio empfohlene Methode könnte wohl in schwierigen Fällen zur Entscheidung über die Bedeutung einer Pulsunregelmäßigkeit zur Anwendung gezogen werden. Die feineren Unterscheidungen aber, die Kraus macht zwischen der verschiedenen Zeitfolge in den Kontraktionen der einzelnen Herzabschnitte bei bestimmten Reizungen, sind zu subtil, als daß sie vorläufig für eine praktische Verwertung bei vertrauensärztlichen Untersuchungen in Betracht kommen könnten. Man wird daher schon einfachere Maßnahmen anwenden oder auch noch suchen müssen. Die gewöhnlichste Prüfung der Funktionstüchtigkeit des Herzens besteht darin, daß man den Puls im Liegen und im Stehen prüft. Bei gesundem Herzen ist eine merkliche Differenz vorhanden. Der Puls ist langsamer, voller beim Liegen, wird frequenter und etwas kleiner beim Stehen. Diese Untersuchung dürfte niemals versäumt werden. Denn nach Schapiro verschwindet diese Pulsdifferenz bei Lagewechsel, wenn eine Hypertrophie oder Dilatation des Herzmuskels besteht. Ich habe gefunden, daß für Schlaffheit des Herzmuskels ganz charakterisch die Erhöhung der Pulsfrequenz im Liegen ist, die aber nicht sofort, sondern erst nach einigen Minuten sich einstellt. Neuerdings hat Herz**) eine Methode zur Prüfung der Herzmuskelfunktion empfohlen, die mir sehr brauchbar erscheint. Er läßt den rechten Arm langsam und mit gespanntester Aufmerksamkeit beugen und strecken.

Der Puls wird vor dieser „Selbsthemmungsbewegung“ gezählt und gleich nachher. Bei gesundem Herzmuskel zeigt sich fast gar keine Differenz der Pulszahl. Bei affiziertem Herzmuskel beträgt aber die Differenz oft, namentlich wenn der Puls zuerst sehr frequent war, 10—40 Schläge in der Minute. Man wird die Methode erst noch genauer an einer großen Zahl von Gesunden und Kranken prüfen müssen, ehe man sie endgültig als eine regelmäßig zu übende empfehlen kann. Ich habe mich in einigen Fällen von der Vortrefflichkeit dieser Methode überzeugt. Eine längst gekannte Art der Funktionsprüfung des Herzens besteht in der Anstrengung des Untersuchten durch einige schnelle körperliche Bewegungen. Man läßt die Person schnell im Zimmer umhergehen oder eine Treppe schnell hinauf- und herunterlaufen oder einige Male die Kniebeuge machen. Bei einem kräftigen, leistungsfähigen Herzmuskel darf die nach solchen Anstrengungen natürlich auftretende Erhöhung des Pulses,

*) Deutsche Med. W. 1905, 1—3.

**) Deutsche Med. Woch., 1905, Nr. 6.

oft bis zu 120 Schlägen, nicht länger als einige Minuten andauern und die Pulszahl muß allmählich wieder ganz zur Norm zurückkehren*). Es wäre erwünscht, wenn noch immer mehr und mannigfaltigere Methoden gefunden würden, um das Herz auf seine Funktionstüchtigkeit zu prüfen. Denn für die Gutachter, besonders bei der Lebensversicherung, fehlt doch das bei Herzleiden so wichtige Moment der Anamnese. In vielen, gerade sehr ernsten Fällen von Herzerkrankungen ist der Befund ein fast negativer, während doch erhebliche subjektive Beschwerden, Schmerzen in der Herzgegend, ausstrahlende Schmerzen im Rücken, in der Schulter und im Arm, sowie Atemnot beim Gehen, Angstzustände und Vernichtungsgefühl vorhanden sind, die oft allein schon die Diagnose einer Herzmuskelerkrankung rechtfertigen.

Allenfalls kann man schon ein Zugeständnis erhalten der Intoleranz gegen Alkohol, Nikotin, gegen sexuelle Anstrengung und Betätigung manchen Sports. Auch hieraus lassen sich richtige Schlüsse über die Funktion des Herzens ziehen. Die Intoleranz gegen den Alkohol würde sich sogar objektiv beweisen lassen, wenn man der Anregung von M. Kochmann**) folgt, der bei Aufnahme von geringen Mengen Alkohol (40 g Portwein) das Gleichbleiben der Pulsfrequenz, aber eine Steigerung des Blutdrucks beobachtete, die nach etwa einer Stunde geschwunden war. Es ist wahrscheinlich, daß eine Prüfung dieser Methode bei Herzkranken eine erhebliche Veränderung des Verhaltens gegenüber dem gesunden Herzen feststellen wird, vermutlich eine Steigerung der Pulsfrequenz und Herabsetzung des Blutdrucks für einige Stunden. Die Methode könnte für die Bestimmung der Insuffizienz des Herzmuskels eine hervorragende Bedeutung gewinnen, ebenso wie vielleicht die gleiche Prüfung des Herzens in seiner Fähigkeit, größere Flüssigkeitsmengen zu bewältigen.

Wenn auch nicht alle hier erwähnten Punkte in dem vertrauensärztlichen Atteste einen bestimmten Ausdruck erhalten können, so muß doch der Fragebogen wenigstens ungefähr dem heutigen Standpunkte entsprechen, den die innere Medizin in Hinsicht auf die Untersuchung des Herzens einnimmt. Ich möchte einen solchen Fragebogen zum Schluß anfügen, der, wie ich glaube, den Anforderungen etwa gerecht wird:

a) Ergibt die Palpation eine Erschütterung der ganzen Herzgegend?
b) Wo ist der Spitzenstoß in aufrechter, etwas nach vorn geneigter Haltung zu fühlen?
c) Ist der Spitzenstoß
  α) nur durch Auskultation wahrnehmbar?
  β) deutlich fühlbar?
  γ) verbreitert?
  δ) stark hebend?
d) Welche Herzgrenzen ergibt die leise Perkussion (beim Stehen oder Sitzen)?
  α) nach oben?
  β) nach rechts?
  γ) nach links (Entfernung in Zentimetern von der Mittellinie des Sterum)?
e) Ist der Perkussionsschall des Herzens leicht oder intensiv gedämpft?
f) Sind die Herztöne rein, rhythmisch, gut akzentuiert?
g) Sind die Herztöne stark klappend oder gespalten?
h) Bestehen Geräusche am Herzen oder an den großen Gefäßen?
i) Wie ist die Beschaffenheit des Pulses? Wieviel Schläge in der Minute (beim Sitzen)? Sind sie isochron mit dem Herzschlage? Und an beiden Radialarterien gleich?
k) Wie ist der Zustand der Blutgefäße (Varicen, Arteriosklerose)?
l) Sind Zeichen einer Insuffizienz des Herzmuskels vorhanden?
m) Halten Sie das Herz für gesund?
n) Oder welcher pathologische Zustand besteht nach Ihrer Ansicht und welche Bedeutung legen Sie ihm bei?

*) Katzenstein fand, daß bei starker Kompression der Arteriae femorales, wenn das Herz funktionskräftig ist, keine erhebliche Blutdrucksteigerung erfolgt und der Puls vollkommen die gleiche Frequenz zeigt wie vorher; daß aber bei Schwäche des Herzmuskels der Puls eine erheblich höhere Zahl von Schlägen aufweist. Diese Methode dürfte für die Entscheidung schwieriger Fälle herangezogen werden, ist aber wegen der Notwendigkeit eines Assistenten bei der gewöhnlichen, versicherungsärztlichen Untersuchung nicht anwendbar.

**) Deutsche Med. Woch., 1905, Nr. 24.

Traumatische Geistesstörung. Idiop. Allgem. Paralyse? Alkoholische Pseudoparalyse?

Von

Dr. Hermann Kornfeld, Gleiwitz O/S.

Vorgeschichte.

Die Akten ergaben folgendes: Der 42 jährige Arbeiter X. erlitt am 19. Juni 1904, mittags $12^1/_2$ Uhr, einen Unfall, indem er von der obersten Stufe der Kellertreppe mit einem Korbe Bier abstürzte. Er selbst gab am 8. August 1904 an, daß er sich hierbei eine innere Verletzung zugezogen habe. Der Protokollführer bemerkt, daß X. bei der Vernehmung den Eindruck eines Geistesgestörten machte. Die Fragen mußten wiederholt an ihn gestellt werden, ehe er eine beantwortete.

Sein Arbeitgeber gab an: Als er in dem Laden den X. nach seinem Herauskommen aus dem Keller wiedersah, trug er ein verändertes Wesen zur Schau und zeigte auf dem Gesichte einige Blutflecken. Auf dem Kellerboden befanden sich zerschlagene Flaschen, und die im Korbe heraufgebrachten waren schmutzig.

Die Zeugin gab an, sie hätte auf der Kellertreppe ein Gepolter gehört; bald darauf kam X., der in den Keller um Bier geschickt war, herauf, erzählte, er sei die Treppe heruntergefallen und klagte über Seitenschmerzen.

Der zuerst zugezogene Arzt berichtete am 29. Dezember 1904, daß er nur eine blaue Quetschung am Rücken am 20. Juni ej. notiert und den p. X. nur dieses eine Mal gesehen habe. Vom 29. Juni bis 16. Juli hätte sein Vertreter die Behandlung übernommen.

Der ärztliche Vertreter berichtet am 5. Mai 1905: Soweit ihm die Vorgänge gegenwärtig seien, wechselten die Klagen des X. sehr und waren anscheinend nur die Äußerungen der bereits stark ausgesprochenen Geistesschwäche; vornehmlich waren es Beschwerden über Verdauungsstörungen. Er habe den Eindruck gehabt, daß die Geistesschwäche mangels vorangegangener Zeichen erheblicher Kopfverletzungen nur gezwungenermaßen mit einem Unfalle in Zusammenhang zu bringen sei. Die Wahrnehmungen des Arbeitgebers erschütterten diese Annahme nicht. Er nähme an, daß ein mäßiger Grad von Geistesschwäche schon vorher bestanden habe, und daß X. in dem Zustande „geistiger und körperlicher Unbeholfenheit", wie er ihn nachher in ausgesprochenem Grade beobachtet hat, die Treppe heruntergefallen sei.

Im Krankenhause befand sich X. vom 17. August bis 22. September 1904 und vom 17. Mai bis 23. Mai 1905. Die Notizen über ihn lauteten: ... Nach dem Unfall klagte er über

Schmerzen im Kopfe, wegen Verschlimmerung des Geisteszustandes erfolgte die Aufnahme.

Der Befund bei der ersten Aufnahme war: Normale Pupillarreflexe. Sehr gesteigerte Patellarreflexe. Schwanken bei geschlossenen Augen. Herabsetzung der Sensibilität, auch für Kälte und Wärme, auf beiden Beinen. Ortssinn vorhanden. Kann schwere Worte nicht nachsprechen, nicht rechnen, lesen und schreiben. Erhält Jodkali und Bäder mit kalten Übergießungen.

Diagnose: Paralytische Geistesstörung.

Am 27. August: Beginnende Besserung. Deutlichere, schnellere Antworten. Besserer Gang.

Am 10. September: Beteiligt sich bei leichteren Arbeiten.

Am 21. September: Gang gut. Sprache bedeutend deutlicher.

Nachdem sich sein Geisteszustand zuhause verschlimmert hatte und einige Tage sich heftige Krämpfe eingestellt hatten, wurde er von Neuem aufgenommen.

Befund am 27. Mai 1905: Elendes Aussehen, seltene und undeutliche Antworten. Sehr kleiner Puls. Große, ziemlich starre Pupillen. Sehr gesteigerte Patellarreflexe.

Bis zum 22. ej. Besserung, von da ab Verschlimmerung und Tod am 24.

Die am 25. Mai ej., etwa 30 Stunden nach dem Tode erfolgte Sektion ergab im wesentlichen folgenden Befund:

6. Pupillen 0,6 cm groß, beiderseits gleich, rund.
19. Scheitelbeine äußerst dünn (2—3 mm), Hinterhauptsknochen sehr dick (0,8—1,2 cm).
22. Die weiche Haut der Oberfläche fast durchweg mehr oder weniger stark getrübt, stellenweise durch reichliche, getrübte Flüssigkeit gespannt und emporgehoben, sehr reichlich an den Seiten der Mittellinie mit Wucherungen besetzt.
22. Inhalt an der Basis ca. 30 ccm getrübte, grauweise Flüssigkeit.
23. Harte Hirnhaut überall glatt, auf dem rechten Felsenbeine eine ca. 4 : 4 cm große, gelbliche Verfärbung und Verdickung, undeutlich abgegrenzt.
24. Gefäße an der Grundfläche wenig bluthaltig; vereinzelte Einlagerungen in den weichen Wänden von gelber Farbe . . . . . .
25. Großhirn gut konsistent, die Windungen platter, die Furchen seicht. Rinde dunkel, Mark zeigt spärliche Blutpunkte.
27. Höhlen sehr stark erweitert. Reichlich je zwei Eßlöffel klarer Flüssigkeit in den Seitenhöhlen, weniger in der dritten und vierten. Die Auskleidung nicht bemerkenswert getrübt.
32. (Bauchdecken) . . . . 3 cm dicke Fettschicht.
42. Herz: Konsistenz fest, Kranzgefäße gefüllt, Klappenapparat unversehrt bis auf atheromatöse, härtliche Einlagerungen in der Innenhaut des Anfangsteils der Brustschlagader. Muskulatur braunrot, in der rechten Kammer 0,4, in der linken 1,5 cm dick.
44. Lungen: Die Ränder zeigen erweiterte Zellen.
63. Leber: 22 : 14 : $1^1/_2$ cm groß, Konsistenz etwas vermindert. Schnittfläche zeigt deutliche Läppchenzeichnung, rötliches Zentrum der Läppchen, blaßbraune Peripherie.

Mit Rücksicht auf die ungenügenden Angaben in den Akten habe ich mich direkt mit der Witwe X. und mit dem ehem. Arbeitsgeber und dessen Frau in Verbindung gesetzt, wobei ich Folgendes zur Ergänzung erfahren habe:

1. Angaben der Frau X:

X. war seit 1893 verheiratet, hat drei Kinder, ist vor dem Unfalle immer gesund gewesen, hat drei Jahre gedient und war auch zweimal eingezogen. Nur klagte er das letzte Jahr, daß die Arbeit doch sehr schwer wäre, und ihm die Beine oft weh täten. Am 12. Juni 1904, beim Nachhausekommen um die Mittagszeit, hat er ihr erzählt, er wäre die Treppe heruntergestürzt, mit dem Kopfe auf etwas aufgefallen, hätte dann eine Zeitlang liegen bleiben müssen, wobei er von nichts gewußt und auch die Augen nicht hätte aufmachen können. Er habe sich gleich zu Bett gelegt, über Schmerzen in der rechten Seite, im Kreuz und außen am rechten Oberschenkel geklagt, welche Teile blau verfärbt, letzterer auch eingedrückt erschienen. Die Frau hätte ihn geschmiert und ihn am 13. zum Arzt geschickt. Die ersten Wochen nach dem Unfall hätte er viel gestöhnt, über den Kopf geklagt und auf Fragen immer geantwortet: „Laß mich“. Veränderung der Sprache und geistige Schwäche hätte sie erst später wahrgenommen, die beide zunehmend schlimmer geworden wären. Die letzte Zeit zuhause hätte er unwillkürliche Entleerungen gehabt.

2. Angaben des Herrn und Frau T.:

Der Verstorbene ist seit 1887 in Arbeit bei ihnen bzw. den Vorgängern mit Ausnahme eines halben Jahres, vor ca. 5 Jahren, gewesen. Wie seine Notizen zeigen, ist er nur vor einem halben Jahre einmal ca. acht Tage lang krank, sonst bis zum Unfalle nie ernstlich krank und gleichmäßig arbeitsfähig gewesen. Er war beschränkt, aber in letzter Zeit nicht mehr wie von jeher. Früher habe er stärker getrunken, das letzte oder halbe Jahr aber wenig. Auch an seinem Gange und seiner Sprache sei vor dem Unfalle nichts Auffallendes zu bemerken gewesen. Unmittelbar nach dem Unfalle wäre er im Gesicht beschunden gewesen; wie Frau T. sich erinnern will, auf der rechten Stirnseite, so daß Herr T. ausrief: „Wie sieht denn der Kerl aus?“ Auf Befragen hätte er ihn angeguckt, nicht geantwortet und wäre wie betäubt gewesen. Seit dem Unfalle habe er nicht mehr arbeiten können. Bei gelegentlichem Vorbeigehen bei ihrem Laden hätte er den Eindruck eines sehr Leidenden gemacht. Frau T. meinte, sein Gang wäre turklig gewesen, wie der eines Betrunkenen, obschon er sicher nichts getrunken habe. Allerdings wäre er schon von dem Vorgänger als beschränkt bezeichnet worden, jedoch soll er keineswegs einem Schwachsinnigen gleich zu achten gewesen sein; sonst hätte er ihn auch garnicht im Geschäft brauchen können. Es ist ausgeschlossen, daß er sich etwa krank gemeldet hätte, um Krankengeld zu erhalten; er sei im Gegenteil nach dem Unfalle wiederholt zu ihm gekommen mit der Bitte um Arbeit, mußte aber, da er offenbar leidend und nicht arbeitsfähig war, wie ihm das auch ärztlich bescheinigt wurde, abgewiesen werden.

Gutachten.

Festgestellt worden ist in vorliegendem Falle:

daß X. seit dem Sturze von der Treppe am 19. Juni 1904 bis zum Tode arbeitsunfähig war, ferner,

daß er seitdem progressiv, mit geringen Nachlässen, dement wurde, ferner,

daß die Sektion Veränderungen in der weichen Hirnhaut und im Gehirn ergeben hat, weiterhin,

daß X. früher starker Trinker war und seit vielen Jahren schon den Eindruck eines geistig minderwertigen Menschen gemacht hat.

Die Angaben über die Symptome nach dem Falle sind allerdings nur lückenhaft, aber der oben geschilderte Verlauf erweckt doch in erster Linie die Präsumtion, daß der Fall die Ursache der tödlich verlaufenen Krankheit gewesen ist; und zwar in dem Grade, daß nicht sowohl der Zusammenhang zwischen Unfall und Tod zu erweisen wäre, sondern im Gegenteil die Gründe angeführt werden müßten, die einen solchen Zusammenhang ausschließen würden.

Die Symptome des Leidens nach dem Unfalle könnten auf Demenz infolge von Alkoholismus oder auch auf die sogenannte demente Form der allgemeinen Paralyse der Irren bezogen werden. Der Sektionsbefund widerspricht keiner der beiden Annahmen; insbesondere ist das Silbenstottern und die Gehstörung bei beiden beobachtet worden. Gegen Paralyse spricht von körperlicher Seite, daß, obschon die Geistesschwäche Ende Juni von dem behandelnden Arzte als eine sehr ausgesprochene gefunden wurde, bei der Aufnahme im Krankenhause am 17. August 1904 die Pupillarreflexe als normal notiert wurden. Auch die Kniereflexe sind bis in die letzten zwei Tage hin nicht aufgehoben, sondern sogar gesteigert gewesen. Nun ist aber gerade das Pupillarsymptom äußerst wichtig für die Unterscheidung dieser beiden Krankheiten. Bei dem X. bestand, wie die Sektion zeigte, Hirnhöhlenwassersucht. „Für gewönlich ist aber bei der Dementia paralytica reflektorische Pupillenstarre gleich im Beginn der Krankheit vorhanden, was bei der Gehirnwassersucht nicht der Fall ist." *) Gegen Paralyse spricht ferner der verhältnismäßig sehr rasche Verlauf.

Es fragt sich nun: Hat der Alkohol allein, ohne den Sturz, die tödliche Krankheit veranlaßt? Die Antwort muß verneinend lauten; denn Symptome von beginnender Alkoholparalyse hat X. vor dem Unfall nicht gezeigt, insbesondere nie einen Anfall oder auch nur Vorläufer von Säuferwahnsinn gehabt. Andererseits aber ist der Unfall wohl geeignet gewesen, bei dem X. eine chronische Entzündung der weichen Hirnhaut und Gehirnwassersucht zu erzeugen. Ob die unmittelbaren Folgen des Sturzes erheblich waren, scheint zweifelhaft, jedenfalls ist der Kopf getroffen worden, denn es war eine Abschindung im Gesicht vorhanden. Auch muß aus seinem Benehmen unmittelbar nach dem Wiedereintritt in den Schank gefolgert werden, daß er, wenn nicht eine leichte Gehirnerschütterung, so doch eine starke Erregung, eventuell durch den Schreck, erlitten hatte. Auch hat ihn seine Dienstherrschaft, obwohl er weiterarbeiten wollte, doch sofort als arbeitsunfähig angesehen und nach Hause geschickt.

Das ist sichergestellt, daß auch leichtere Traumen des Kopfes, ja selbst ein Fall auf die Füße, die Knie oder das Gesäß eine traumatische Psychose auslösen können. Allerdings ist dann mindestens daneben noch ein oder das andere prädisponierende Moment vorhanden; als solches ist hier die Schwäche durch Alkoholmißbrauch zu bezeichnen. Durch letzteren war es jedenfalls oft schon vorher zu sehr heftigen Blutanfüllungen im Schädel gekommen, wie ja auch die Veränderungen in den Schlagadern wohl als Wirkungen des Alkoholismus zu bezeichnen sind. Nach dem Fall hat eine chronische Affektion der weichen Hirnhaut und Ausscheidung in die Hirnhöhlen begonnen, welche progressiv unter dem Bilde der Paralyse bis zum Tode verlaufen ist. Wie Herr T. bestimmt versichert, ist X. an jenem Sonntag nicht angetrunken gewesen, und soweit ihm bekannt, ist es auch nie, besonders nie im Geschäft, vorgekommen, daß er hingestürzt wäre. Ein genügender Grund, anzunehmen, daß X. infolge von Schwindel ausgeglitten und heruntergefallen wäre, ist nicht gegeben. Ein Zusammenhang zwischen dem Unfall und der nachfolgenden Demenz bzw. dem Tode hat mindestens die allergrößte Wahrscheinlichkeit für sich, die Annahme einer selbständig aufgetretenen oder lediglich auf Alkoholismus beruhenden Paralyse jedoch keine genügende Basis.

---

*) Schultze in „Spez. Path. u. Ther." von Nothnagel. 1901, XIV. Bd., III. T., S. 248.

Referate.

Sammelbericht.

Die Alkoholfrage.

Erstes Halbjahr 1905.

Von Dr. Paul Schenk, Berlin.

I. Allgemeines.

1. **Holitscher**, Alkoholsitte und Abstinenz. Eine Erwiderung auf Prof. Hueppes Vortrag „Alkoholmißbrauch und Abstinenz". Wien.
2. **Reinhardt**, Im Kampfe gegen den Alkohol. Neuwied und Leipzig, Heusers Verlag. 1 Mk.
3. **Marcinowski**, Im Kampf um gesunde Nerven. 2. Auflage. Berlin bei Otto Salle. 2 Mk.
4. **Rösler**, Über die nationale Bedeutung unserer Enthaltsamkeitsbewegung. Reichenberg. 20 Heller.
5. **Rochat**, Der Alkoholismus in Italien. Annales antialcool. Okt. 1904.
6. **Muralt**, Abstinente Naturvölker. Internat. Monatsschr. z. Erforsch. des Alkoholismus. Mai 1905.

Holitscher (1) versucht die Schlußfolgerungen Prof. Hueppes in dessen Vortrage „Alkoholmißbrauch und Abstinenz" zu widerlegen. Dem Verfasser ist zuzugeben, daß die Behauptung Hueppes, eine Ernährung ohne Reizmittel sei für den modernen Kulturmenschen eine Unmöglichkeit, auf schwachen Füßen steht. Auch ist nicht zu verkennen, daß der regelmäßige Verbrauch alkoholischer Getränke in den letzten Jahrzehnten in bedeutendem Maße gewachsen ist. Anderseits hat Holitscher selbst die feste Überzeugung, daß der Alkoholismus niemals oder doch fast nie aus einem gesunden Gehirn ein entartetes machen kann. Dabei aber glaubt er bestimmt, daß eine Zeit kommen wird, wo „der Wein so wenig getrunken werden wird wie heute Mohnsaft".

Reinhardt (2) hält den Alkohol für ein hervorragend kulturfeindliches Moment, das ungezählte Individuen, sowie ganze Völker im Laufe der menschlichen Kulturgeschichte zugrunde gerichtet hat. Gleich unbewiesen wie diese Behauptung ist die andere, daß das soziale Elend in drei Viertel der Fälle eine Folge der Trunksucht sei. Die Beziehungen zwischen Alkoholismus und Pauperismus sind zu verwickelter Natur, um sich durch eine kurze prozentische Abschätzung des Verhältnisses von Ursache und Wirkung auflösen zu lassen.

Marcinowskis (3) interessantes Buch ist bereits in zweiter Auflage erschienen. Wie man einen schwachen, nervösen Menschen zu einer starken, in sich gefestigten Persönlichkeit erziehen kann, will der Verfasser lehren. Der Alkohol gilt ihm als Nervengift, dessen Genuß grundsätzlich schädlich ist. Auf die Menge kommt es dabei gar nicht an.

Rösler (4) vertritt sehr eindringlich die Forderung, daß jeder einzelne in der Alkoholfrage vorbildlich zu wirken berufen ist. Wir sind weniger verantwortlich für unsere eigenen Sünden, aber mehr verantwortlich für die Sünden anderer, als unsere Juristen zu glauben scheinen.

Rochat (5) zeigt zahlenmäßig, daß der Alkoholismus in der modernen Zeit auch eine Gefahr für Italien bedeutet, während Baer in seinem klassischen Werke Italien noch den anderen Nationen als Beispiel der Nüchternheit hinstellte.

Muralt (6) weist darauf hin, daß von den „Segnungen der Kultur" unbeeinflußte alkoholfreie Naturvölker heute nur in ganz kleiner Anzahl existieren. Sichere Kunde haben wir von Indianerstämmen Zentralbrasiliens, denen jeder Alkohol unbekannt ist. Andere auf gleicher Kulturstufe stehende Indianerstämme Mittel- und Südamerikas haben dagegen schon in vorkolumbischer Zeit es verstanden, sich alkoholhaltige Getränke

zu bereiten. Die erste Gewinnung alkoholischer Getränke erscheint mehr als ein unglücklicher Zufall (Aufbewahrung gekauter brotähnlicher Produkte), denn als notwendige Folge einer gewissen Kulturstufe.

II. Der Arzt und die Alkoholfrage.

7. **Schröder,** Über chronische Alkoholpsychosen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Band VI, Heft 2/3.

8. **Meyer,** Über den Einfluß der Alkoholica auf die sekretorische und motorische Tätigkeit des Magens. Klin. Jahrb., Bd. 13.

9. **Grotjahn,** Der Alkoholismus. Sonderabdruck aus dem Handbuch der Hygiene. Jena. 1904.

10. Dr. **L. K.,** Alkohol und Krankheitsheilung. Der Abstinent. April 1905.

11. **Westergaard,** Was lehrt die Statistik in betreff des Einflusses der geistigen Getränke auf die Gesundheit. Die Alkoholfrage. Heft 3.

12. **Fröhlich,** Alkohol als Krankheitsursache. 3. Bändchen der Volksschriften über Gesundheitswesen und Sozialpolitik. Wien 1904.

13. **Weygandt,** Der Alkohol und das Kind. Vortrag in den wissenschaftlichen Kursen zum Studium des Alkoholismus. April 1905.

14. **Lähr,** Alkoholismus und Nervosität. Mäßigkeitsblätter. Mai 1905.

15. **Dietz,** Der Alkohol in den Irrenanstalten. Internationale Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholismus. April 1905.

16. **Krause,** Antialkohol — blaues Kreuz — religiöser Wahnsinn. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. Januar 1905.

Schröder (7) schildert die außer dem Delirium tremens und der akuten Alkoholparanoia bei Trinkern vorkommenden, im Gegensatz zu den beiden genannten Erkrankungen durch schleichende Entwicklung oder ungünstigen Verlauf gekennzeichneten Psychosen alkoholischer Natur. Die Ätiologie der psychischen Erkrankungen ist eins der schwierigsten Kapitel der Medizin. Ist doch der chronische Alkoholismus allein nicht einmal ausreichend, um das Delirium tremens zu erzeugen. Denn nur ein gewisser Teil der Säufer, und zwar kein besonders großer, erkrankt an Delirium tremens. Über den Charakter des zur Erzeugung der Alkoholpsychosen augenscheinlich noch erforderlichen Zwischengliedes sind wir bisher nur auf Vermutungen angewiesen. Die Gefahr, zuviel unter den Namen alkoholistische Psychose zu bringen, besteht für die chronischen Zustände in noch höherem Grade als für die akuten.

Zwei große Gruppen der chronischen Geistesstörungen bei Trinkern lassen sich unterscheiden: die paralytischen und die paranoiden Formen. Über die pseudoparalysis alcoholica sind die Anschauungen allmählich fixiert, die paranoiden Zustände bei Alkoholikern unterliegen noch der Diskussion. Kraepelin unterscheidet von der alkoholischen Pseudoparalyse noch eine alkoholische Paralyse, d. h. eine progressive Paralyse, welche mit den Symptomen des chronischen Alkoholismus verbunden ist. Abzugrenzen ist ferner ein Teil der der paralytischen Form zugehörigen Fälle als polyneuritische Psychose (Korsakowsche Krankheit).

Die Grenze der paranoiden Erkrankungen der Trinker gegen die paralytiformen ist keine scharfe. Die Autoren vergessen vielfach, daß nicht jede chronische Geistesstörung, welche bei einem Trinker zur Entwicklung kommt, alkoholischer Natur sein muß. Bisweilen ist die Trunksucht sogar nur Symptom einer Geistesstörung. Möglicherweise sind die initialen akuten Phasen bei chronischen Alkoholpsychosen stets atypisch. Trotz einer großen Zahl mitgeteilter einschlägiger Krankengeschichten bezeichnet der Verfasser selbst die Ergebnisse seiner Betrachtungen als vorwiegend negative.

Meyer (8) hat bei seinen an Menschen angestellten Versuchen die folgenden wichtigen Resultate gewonnen:

1. Der Alkohol steigert in mäßigen Dosen die Säureproduktion im Magen, ohne einen Säureüberschuß zu erzeugen.
2. Auf die Entleerung der verschiedenen Nahrungsstoffe aus dem Magen übt der Alkohol einen verschiedenen Einfluß: Die Entleerung der Kohlehydrate wird gehemmt, die der Fette beschleunigt, auf die Entleerung der Eiweißstoffe ist der Alkohol ohne merklichen Einfluß.
3. Bier und Wein hemmen die Entleerung von Weißbrot aus dem Magen stärker als Kognak in entsprechender Konzentration.
4. Die Entleerung von Fleischspeisen aus dem Magen wird durch Weiß- oder Rotwein nicht gehemmt, durch den Weißwein eher leicht beschleunigt.

Grotjahn (9) vertritt in der Bekämpfung des Alkoholismus durchaus den Mäßigkeitsstandpunkt. Er meint, daß man von der Gesamtheit die Aufgabe eines so billigen und leicht zugänglichen Euphorikums nicht deswegen verlangen könne, weil ein Bruchteil der Individuen damit Mißbrauch treibe. Auch sei wissenschaftlich noch nicht bewiesen, daß auch kleine und gelegentliche Dosen Alkohol schädigend wirken.

Dr. L. K. (10) behandelt die Tatsache, daß bei Kaninchen, welchen eine Typhusbazillenkultur in die Bauchhöhle gespritzt war, nach Einverleibung von 30—40 gr 50 % Alkohol unter die Rückenhaut die Produktion der Antikörper wesentlich litt.

Westergaard (11) glaubt sich durch die Ergebnisse der Statistik zu dem Schluß berechtigt, daß in den dänischen Provinzstädten die branntweintrinkenden erwachsenen Männer durch jedes Liter genossenen Branntweins ihr Leben um mehr als drei Stunden verkürzen.

Fröhlich (12) zeigt in kurzen, treffenden Ausführungen, wie der Alkohol Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Widerstandskraft schädigt. Da es unmöglich sei, eine für jedes Alter, jede Individualität, jede Lebensweise sicher unschädliche Dosis des Alkohols anzugeben, so empfiehlt er die Abstinenz.

Weygandt (13) nimmt im Sinne der Weißmannschen Theorie an, daß der Alkohol das Keimplasma beim Alkoholisten schädigt. Alkoholisten erzeugen mehr Kinder als Nüchterne, jedoch befinden sich unter ihren Früchten auffallend viel Fehlgeburten, Frühgeburten, Totgeburten, Kinder mit Degenerationserscheinungen auf nervösem und physischem Gebiete. Für das Kind selbst ist die Alkoholverabreichung geradezu frevelhaft. Der Alkohol erhöht bei Kindern die Empfänglichkeit für Infektionskrankheiten und schwächt nicht nur ihr Nervensystem, sondern die ganze Konstitution.

Lähr (14) führt aus, daß der gewohnheitsgemäße Alkoholgenuß unter den uns bekannten Ursachen der Nervosität, Neurasthenie und Hysterie eine wichtige Stelle einnimmt. Relativ selten kommt er ausschließlich als ursächliches Moment in Betracht; seine krankmachende Bedeutung gewinnt er erst zusammen mit anderen schädlichen Einflüssen, sei es, daß er mit diesen die Disposition zur Entwicklung der Nervosität schaffen hilft, sei es, daß er letztere bei einem aus anderen Gründen bereits disponierten Individuum zum Ausbruch bringt. Besonders erfährt die große Gruppe der konstitutionell Nervösen die nervenschädigende Wirkung des Alkohols. Bei ihnen treten Vergiftungserscheinungen schon nach relativ kleinen Mengen ein.

Unter besonderen Umständen kann die anregende Wirkung einer einmaligen beschränkten Alkoholgabe von größerer Bedeutung für den Einzelnen sein, als die nebenhergehenden Eigenschaften der Gabe.

Nach Dietz (15) sind die Irrenanstalten, in denen die verheerenden Folgen des Alkoholmißbrauchs an einem großen Teil der Patienten, unmittelbar an den Trinkern, mittelbar an Idioten, Epileptischen und zahlreichen Geisteskranken zu Tage treten, in erster Linie berufen, ihn zu bekämpfen. Das beste Kampfmittel sei das Beispiel vollständiger Enthaltsamkeit vom Alkohol. Die Alkoholabstinenz aller Irrenanstalten käme nicht allein den Kranken, dem Personal und der näheren Umgebung zugute, sondern würde auch nach und nach segensreich wirken zur Aufklärung des Volkes in den Fragen: Alkoholgenuß und Alkoholmißbrauch.

Krause (16) will an drei Beispielen zeigen, daß die Alkoholabstinenz, wie sie im Blauen Kreuz geübt wird, zum religiösen Wahnsinn führen kann. Jedoch erscheint in den drei Fällen das Verhältnis zwischen Ursache und Wirkung keineswegs genügend geklärt, um der Alkoholabstinenz im Bunde mit religiösen Übungen eine maßgebende Rolle bei der Entstehung der Psychosen zuzuweisen.

III. Alkohol und Sozialhygiene.

17. **Laquer,** Trunksucht und Temperenz in den Vereinigten Staaten. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. 34. Heft.

18. **Laquer,** Das Verhältnis von Trunksucht zu Armut und Verbrechen in den Vereinigten Staaten. Der Alkoholismus 1905. Heft 2.

19. **Mombert,** Das Nahrungswesen. Sonderabdruck aus dem Handbuch der Hygiene. Jena 1904.

20. **Marcuse,** Beiträge zum Alkoholkonsum der arbeitenden Klassen. Der Alkoholismus 1905. Heft 1.

21. **Grotjahn,** Soziale Hygiene und Entartungsproblem. Sonderabdruck aus dem Handbuch der Hygiene. Jena 1904.

22. **Scheven,** Der Kampf gegen den Alkoholismus, eine soziale Aufgabe der Frau. Die Alkoholfrage. Heft 3.

23. **J. Kassowitz,** Abstinenz und Bourgeoisie. Internationale Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholismus. April 1905.

24. **Schmidt,** Kellners Weh und Wohl. 6. Auflage. Berlin bei Warneck.

25. **Bonne,** Über den Trinkzwang beim Broterwerb. 4. Auflage. Flensburg.

26. **Orel,** Alkoholismus und soziale Frage. Innsbruck. 20 Heller.

27. **Flade,** Was erhoffen wir von unserer Armee? Der Alkoholismus. 1905. Heft 2.

Laquer (17) hat beim Studium der Alhokolfrage in den Vereinigten Staaten eine Fülle von Eindrücken gewonnen. Obschon der Alkoholverbrauch in Amerika in den letzten Jahren zugenommen hat, ist doch der in Deutschland so viel beliebte tagtäglich konsumierte „Schoppen“ in Amerika so gut wie unbekannt. Der amerikanische Arbeiter gibt durchschnittlich nur 2,3 % seines Einkommens für alkoholische Getränke aus.

In den amerikanischen Armenhäusern waren nach den Angaben Laquers (18) 42 % der Männer und 16½ % der Frauen trunksüchtig. Nach Nationalitäten geordnet steigt der Prozentsatz von den Deutschen über Skandinavier, Amerikaner, Engländer, Kanadier und Schotten hinauf bis zu den Irländern· Unter den Negern ist die Trinkgewohnheit anscheinend nicht stark, die Indianer trinken mehr, um sich zu berauschen, als zu geselligen Zwecken.

Das Verhältnis zwischen Trunksucht und Verbrechen stellt sich in Nordamerika so, daß bei 13 402 Verurteilten in 50 % Trunksucht oder Unmäßigkeit eine Verbrechensursache bildete.

Mombert (19) weist darauf hin, daß der Ernährungszustand eines Volkes mit seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit in engem Zusammenhang steht. Die Ernährungsverhältnisse der deutschen Arbeiterschaft halten den Vergleich mit England und Amerika nicht aus. In England und Amerika erhalten die Arbeiter höhere Löhne und pflegen anderseits während der Arbeit keinen Alkohol zu sich zu nehmen.

Marcuse (20) bespricht die Ergebnisse einer Enquete des badischen Fabrikinspektors Fuchs. Fuchs stellte bei den Industriearbeitern in 17 ländlichen, in der Nähe von Karlsruhe belegenen Gemeinden fest, daß im Haushaltungsbudget die Ausgaben für geistige Getränke sich auf 21,5 % oder mehr als ein Fünftel der Gesamtausgaben beliefen. Im Durchschnitt werden für Alkoholika 219 Mark ausgegeben. Davon bildet den Hauptanteil das Bier mit 147 M., dann folgt der Wein (Obstwein oder leichter Traubenwein) mit 65 M. und in letzter Linie der Branntwein mit 7 M.

Grotjahn (21) hält den gewohnheitsmäßigen unmäßigen Genuß geistiger Getränke für eine Hauptursache der körperlichen Entartung des Nachwuchses von im übrigen rüstigen Individuen, glaubt aber nicht, daß die im Rauschzustande erzeugten Kinder minderwertig sind.

Mit Entschiedenheit vertritt Scheven (22) die Ansicht, daß die sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Menschheit der sichtbar gewordene Ausdruck des intellektuellen und sittlichen Niveaus sind. Wer jene bessern will, muß dieses steigern. In diesem Sinne ist der Kampf gegen den Alkoholismus eine „Erziehungs“frage, zu deren Lösung die Frauen als die Erzieherinnen der heranwachsenden Generation hervorragend berufen sind.

Das Thema „Alkoholfrage und Arbeiterfrage“, über welches so viel geschrieben ist, beleuchtet Julie Kassowitz (23) auch einmal von anderer Seite. In Österreich ist die Abstinenzbewegung fast ausschließlich proletarischer Natur. Deswegen erscheint es jedoch nicht angezeigt, die Wichtigkeit der Abstinenz als Waffe im Klassenkampfe als ausschlaggebend hinzustellen, denn auch die Bourgeoisie leidet schwer unter der verheerenden Wirkung des Alkoholismus.

Schmidt (24) hat das Kellnerelend in seinen verschiedenen Formen aus eigener Anschauung kennen gelernt. Ungefähr 25 % aller Kellner erliegen in jungen Jahren den Überanstrengungen des Berufs oder den Folgen eines leichtsinnigen Lebenswandels. Tuberkulose und Syphilis sind sehr verbreitet. Den vielfachen Gefahren seines Berufes kann der Kellner nur entgegenwirken durch strenges Meiden aller schädlichen Genüsse, namentlich auch des übermäßigen Trinkens.

Bonne (25) behandelt einen sehr wunden Punkt in unserem Volksleben. Nicht nur Verkäufer und Vertreter von alkoholischen Getränken müssen unter den jetzigen Verhältnissen durch eigenes Trinken um die Gunst des kaufenden Wirtes werben, sondern auch Verkäufer und Vertreter aller möglichen Firmen: Fabrikanten von Bierseideln und Bierfilzen, Restaurationsmöbeln und Gartenstühlen, Bierhähnen und Bierdruckpumpen, Korken, Zigaretten und Zigarren. Dem Wirt ergeht es meist nicht besser wie seinen Opfern: auch er muß des Erwerbes wegen am Trinken seiner Gäste sich tüchtig beteiligen. In Hamburg holen auch die Fuhrleute Waren und Aufträge in Schankwirtschaften ab und sind so gleichfalls zu vielem Trinken genötigt.

Unser Volk und besonders die leitenden Kreise müssen durchdrungen werden von der Überzeugung: das Wirtsgewerbe ist nur insofern geduldet, als es den Bedürfnissen nach gesunden Speisen und Getränken nachkommt, aber es wird zum „unsittlichen“ Gewerbe, wenn es aus der Notlage, den Schwächen und Fehlern seiner Mitmenschen Nutzen zieht.

Orel (26) gibt in populärer Form im wesentlichen nur die Ausführungen Bunges über den Nutzen der Abstinenz für die Volkswohlfahrt wieder.

Flade (27) bespricht die Wichtigkeit der Alkoholfrage für Offiziere und Soldaten. Zwar wurden in der deutschen

Armee und Marine 1903 nur 339 Bestrafungen wegen Vergehen unter Alkoholeinfluß gezählt und im ganzen nur 16 Fälle von Trunkenheit im Dienst festgestellt. Jedoch muß die Entartung der Bevölkerung durch den Alkoholmißbrauch zu den ernstesten Besorgnissen für die Zukunft unserer Wehrfähigkeit Anlaß geben. Der Verfasser erhofft besonders viel von dem eigenen Beispiel der Mäßigkeit oder Enthaltsamkeit der Offiziere, außerdem von den Kursen für jüngere Offiziere, von den Instruktionsstunden, von der Verbreitung antialkoholischer Schriften, dem Verbot des Branntweins in den Kantinen, der Bereitstellung billiger alkoholfreier Getränke.

IV. Alkohol und Schule.

28. **Brandeis,** Beiträge zur Erziehungshygiene. Prag, bei G. Neugebauer. 80 Heller.

Die Schrift von Brandeis (28) bringt in erweiterter Form die beiden von dem Verfasser auf dem internationalen Kongreß für Schulhygiene in Nürnberg gehaltenen Vorträge:

1. Ursachen und Bekämpfung der nervösen Erscheinungen unserer Schuljugend.
2. Organische Nährelemente und Widerstandskraft.

In beiden Vorträgen vertritt Brandeis den Standpunkt, daß die heutige Schule die Tätigkeit des Hygienikers und hygienisch geschulten Arztes nicht mehr entbehren kann. Was die Alkoholfrage anlangt, so fordert Brandeis, daß der Alkoholgenuß bis zum 14. Lebensjahr untersagt, die Ausschankbestimmungen verschärft, während der gewerblichen Arbeit der Alkoholgenuß nicht geduldet wird.

V. Alkohol und Unfall.

29. Alkohol und Unfall. Mäßigkeitsblätter. April 1905.

30. **de Terra,** Alkohol und Verkehrswesen. Vortrag in den wissenschaftlichen Kursen zum Studium des Alkoholismus. April 1905.

Über die Beziehungen zwischen Alkohol und Unfall (29) bringen die Mäßigkeitsblätter in ihrer Aprilnummer nach den Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts für 1904, Beiheft 1, einen neuen Beleg. Die Statistik des Reichsversicherungsamts für 1901 bestätigt aufs neue, daß die größte Unfallhäufigkeit auf den Montag und nächstdem auf den Sonnabend fällt. Ist jedoch die Häufigkeit der Unfälle am Montag auf Rechnung des am Sonntag im Übermaß genossenen Alkohols zu setzen, so sollte man die meisten Unfälle für die ersten Arbeitsstunden von 6—9 Uhr morgens erwarten. In Wirklichkeit aber kamen 1901 prozentisch am Montag in den Vormittagsstunden von 9—12 ungefähr doppelt so viel Unfälle vor als von 6—9 (2,62 : 1,25).

Dagegen zeigt die geographische Verteilung der Unfälle deutliche Beziehungen zum Alkoholkonsum. Die Zentren des Bier-, Wein- und Branntweinkonsums in Bayern, Rheinprovinz, Schlesien, Ostpreußen sind auch durch die Unfälle in der Land- und Forstwirtschaft am meisten belastet.

de Terra (30) macht mit aller Schärfe auf die erhöhten Anforderungen aufmerksam, welche die zunehmende Dichtigkeit und Schnelligkeit des Verkehrs an die Nüchternheit des Betriebspersonals stellt. Auch die vollendetsten mechanischen Einrichtungen vermögen menschliche Fehlbarkeit bei ihrer Anwendung nicht auszuschließen. Klarheit des Denkens und Handelns werden aber durch nichts in so ausgedehntem Maße beeinträchtigt wie durch den Genuß alkoholischer Getränke. Die völlige Alkoholenthaltung ist daher von hohem Werte für die Verhütung von Unfällen, die menschlicher Fehlbarkeit entspringen.

VI. Alkohol und gerichtliche Medizin.

31. **Heilbronner,** Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Band V. Heft 6/8.

32. **Raecke,** Zur Abgrenzung des forensischen Alkoholparanoia. Archiv für Psych., Bd. 39, Heft 2.

33. **Kutner,** Zur Diagnostik des pathologischen Rausches. Deutsche med. Wochenschrift 1904, Nr. 29.

Heilbronner (31) bringt Fragen, welche für den ärztlichen Sachverständigen von hervorragender Wichtigkeit sind, der Lösung näher. Inwieweit werden die gerichtlich Angeschuldigten, welche bei Begehung ihrer Tat unter Einfluß des Alkohols standen, auf Grund des § 51 des Strafrechts straffrei?

Eigentlich ist jeder Rausch eine kurz dauernde Psychose, eine transitorische Bewußtseinsstörung. Der Ausdruck: „pathologischer" Rausch ist, streng genommen, eine Contradictio in adjecto. Der sachverständige Arzt wird jedoch vor Gericht oft genug in die Lage kommen, das Vorhandensein eines pathologischen Rausches zu konstatieren und auf Grund seines Gutachtens die Straffreiheit zu befürworten. Bei Abgabe seines Gutachtens soll ihn weniger die Quantität und Qualität des genossenen Alkohols, als vielmehr die Veranlagung des Angeklagten bestimmen. Zeugenaussagen der Zechgesellschaft sind so gut wie wertlos. Eigene Versuche am Angeklagten zur Feststellung seiner Alkoholtoleranz sind wichtig. Jedoch darf nicht vergessen werden, daß längere Alkoholabstinenz auf die Toleranz schädigend einwirkt. Eine scharfe Scheidung zwischen epileptoiden Rauschzuständen, abortiven Formen des Delirium tremens und dem klassischen Bilde der gewöhnlichen „Trunkenheit" zu geben, ist auch dem Verfasser nicht ganz gelungen. Dazu sind die individuellen Verschiedenheiten zu groß. Für den Sachverständigen bleibt im Falle des non liquet die Frage der Zurechnungsfähigkeit zunächst in suspenso. Und für den Richter gilt in diesem Falle der juristische Grundsatz: in dubio pro reo.

Heilbronner hat jedenfalls aus der reichen Fülle der alkoholischen Krankheitsbilder die wesentlichen mit charakteristischen Strichen gezeichnet und damit dem gerichtlichen Sachverständigen seine Aufgabe bedeutend erleichtert.

Räcke (32) ist wie Schröder (vgl. Nr. 7 dieses Berichts) der Ansicht, daß die paranoische Form der chronischen Alkoholvergiftung keineswegs geklärt ist. Unter dem Einfluß des Alkohols treten häufig Eifersuchtsideen auf, die sehr bald wieder verschwinden. Dem gegenüber kommt der Ausgang in Verblödung oder in chronische Paranoia relativ selten vor, doch ist gerade diese letztere Form der chronischen Alkoholparanoia besonders gemeingefährlich.

Kutner (33) will dem bisher noch recht schwankenden Krankheitsbilde des „pathologischen" Rausches ein charakteristisches Kennzeichen hinzufügen: hochgradige Abschwächung bzw. vollständiges Fehlen der Sehnenreflexe. Da indessen seine fünf Patienten gleichzeitig an Epilepsie litten, so ist die ausschlaggebende Bedeutung dieses Symptoms keineswegs zweifelsfrei.

Innere Medizin.

The Pulse in Life Insurance.

By E. Franc Moril, Chicago.

(Bulletin de l'Association internationale des Medicins Experts de Compagnies d'Assurances 1905. Nr. 2, S. 121.)

Die Untersuchung des Pulses ist in der Zeit der verbesserten Technik und mannigfaltigen Instrumente als eine verlorene Kunst unter den meisten modernen Ärzten anzusehen und doch ist sie eins unserer wertvollsten diagnostischen Hilfsmittel.

Die Untersuchung findet am besten im Sprechzimmer des Arztes in ruhiger Umgebung statt, nicht nach einem starken Mahl, großer Anstrengung oder heftiger Erregung. Man nntersucht am günstigsten vor der Auskultation der Brust unter Ablenkung der Aufmerksamkeit des Patienten also z. B. während er seine Familiengeschichte erzählt. Der Patient soll von engen Kleidungsstücken befreit sein, der Arm soll auf einem Tisch liegen mit halb proniertem Vorderarm. Zur Untersuchung ruhen die Finger des Arztes — erster, Mittel- und Ringfinger — mit leichtem und festem Druck auf der Radialarterie. Die zu untersuchenden Punkte sind: Zahl, Rythmus, Beschaffenheit der Gefäßwand, Lage der Arterie, Spannung, Pulswelle. Vergleich des Pulses der einen Seite mit dem der anderen. Die Bedeutung der Veränderungen bei den einzelnen genannten Punkten ist bekannt. Einige praktische Bemerkungen für den Untersucher sind folgende:

Wenn ein schwacher Puls bei hängendem Arm beim Aufheben des Arms verschwindet, so deutet dies auf starke Anämie.

Wenn ein schwacher Puls beim Erheben des Arms unregelmäßig wird, kann man Mitralstenose vermuten.

Wenn der Puls klein und unregelmäßig, dabei aber sehr deutlich ist und diese Deutlichkeit beim Erheben des Armes stärker wird, so liegen Veränderungen sowohl an der Mitralis als am Aortenostium vor.

Wenn ein voller Puls beim Erheben des Arms die Zeichen des Hammerpulses annimmt, dann findet man Aorteninsuffizienz mit Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels.

J. Meyer, Lübeck.

The Indications of an Intermittent or an Irregular Pulse in Relation to Life Examination.

By A. B. Hirsch, Philadelphia.

(Bulletin de l'Association internationale des Medicins Experts de Compagnies d'Assurances 1905, Nr. 2, S. 117.)

Ein unregelmäßiger und ein intermitierender Puls sind Zustände, welche nur graduell verschieden sind. Sie können beide bei vollkommen gesundem Herzen vorkommen. In einigen Familien bildet dieser Zustand eine konstitutionelle Eigentümlichkeit. Im reiferen Alter findet man häufig Unregelmäßigkeit, ebenso nach Mißbrauch von Kaffee, Tee oder Tabak. Man muß sorgfältig unterscheiden zwischen Unregelmäßigkeit im Rhythmus und Unregelmäßigkeit im Volumen. Ein rascher unregelmäßiger Puls, verbunden mit starker Herztätigkeit, deutet auf Veränderungen an der Mitralis. Häufig tritt die Unregelmäßigkeit dann erst stärker in die Erscheinung, wenn man den Arm bis zur Horizontalen erhebt. Nur wenn die Unregelmäßigkeit des Pulses die einzige Veränderung darstellt, ist sie meist als unbedenklich anzusehen. J. Meyer-Lübeck.

Die Arteriosklerose und ihre Bedeutung für die Lebensversicherung.

Von Dr. med. P. Grosse, Leipzig.

(Bulletin de l'Association internationale des Médecins Experts de Compagnies d'Assurances, 1905, No. 2, S. 107.)

Unter Arteriosklerose im weitesten Sinne verstehen wir alle diejenigen Veränderungen der Arterien, die zu einer Verdickung der Wand, besonders der inneren Haut (Intima) führen, in deren Entwicklung degenerative Zustände (fettige Entartung mit ihren Folgen) Sklerosierung und Verkalkung auftreten. Die Arteriosklerose stellt anatomisch eine Ernährungsstörung der Gefäßwand dar infolge von Abnützung durch zu starke Inanspruchnahme. Diese kann sehr verschiedenartig sein, zu starke körperliche Anstrengung, nervöse und psychische Störungen und Affekte, klimatische Einflüsse, gewisse Genußmittel, Alkohol, Tabak, Tee und Kaffee. In den meisten Fällen wirkt indessen nicht eine einzelne Schädlichkeit auf die Gefäße ein, sondern eine Summe von Anforderungen, die an die Arterien gestellt werden, führt zu ihrer Erkrankung. Nicht außer acht zu lassen sind ferner Heredität und bestimmte Krankheiten, wie die chronische Bleivergiftung, Gicht, manche Formen von Rheumatismus, Diabetes und verschiedene Infektionskrankheiten, wie Syphilis, Tuberkulose und Malaria. In letzter Stelle ist noch das Alter als Ursache der Arteriosklerose zu nennen, freilich nicht ganz mit Recht, denn man beobachtet häufig hochbetagte Leute, welche ganz gesunde Arterien haben. Die Arteriosklerose ist eben keine Alterskrankheit, sondern eine Abnützungskrankheit, und jeder bekommt seine Arteriosklerose in dem Gefäßgebiet, daß er am meisten angestrengt hat.

Bei der Beurteilung des Risikos eines mit Arteriosklerose behafteten ist für den untersuchenden Arzt scharf die Lokalisation der Erkrankung zu berücksichtigen. Abgesehen von der Beteiligung der Nieren, die das Bild der Schrumpfniere bildet und natürlich stets ganz ungünstig zu beurteilen ist, lassen sich unterscheiden die Fälle mit ausschließlicher Erkrankung der peripheren Arterien, die Gehirn- und die Herzfälle.

Die Arteriosklerose der peripheren Arterien kommt für die Lebensversicherung wenig in Betracht, weil sie bei den besser situierten Kreisen hauptsächlich nur bei alten Leuten vorkommt, die sich nicht mehr zur Versicherung melden. Ist sie vorhanden, so sind die Antragsteller aufnahmefähig mit entsprechender Abkürzung, wenn sie keine schwere körperliche Arbeit verrichten müssen, weder Sport, noch Alkohol- oder Tabakmißbrauch treiben und im übrigen gesund sind.

Von außerordentlicher Wichtigkeit sind die arteriosklerotischen Erkrankungen des Gehirns und des Herzens. Die scheinbar neurasthenischen Symptome der an Arteriosklerose des Gehirns erkrankten Personen werden oft nicht rechtzeitig erkannt und richtig gewürdigt.

Am sichersten der Untersuchung zugängig sind die Fälle von Arteriosklerose des Herzens und der Brustaorta. Im ersten Falle finden wir alle Erscheinungen der Herzschwäche im großen und kleinen Kreislauf und als Sicherung der anfangs oft schwierigen Diagnose die Angina pectoris und das Asthma cardiale, im zweiten Falle scharfe Akzentuation und einen klingenden Charakter des zweiten Aortentons. Oft betrifft dieser Zustand Leute von scheinbar blühendem Gesundheitszustande in den besten Jahren. Fälle von arteriosklerotischer Erkrankung der Nieren, des Herzens, der Brustaorta und des Gehirns sind unbedingt zurückzuweisen. Zwar können sie jahrzehntelang bestehen, ohne das Leben direkt zu bedrohen, die Wahrscheinlichkeit spricht indessen für den Eintritt eines baldigen, jähen Todes. J. Meyer, Lübeck.

Observations sur la Syphilis.

Recherches statistiques de la Compagnie d'Assurance sur la vie „Le Danemark", Recueillies par Tinan Salomonsen.

(Bulletin de l'Association internationale des Medicins-Experts de Compagnies d'Assurances, 1905, Nr. 2, S. 94.)

Um festzustellen, ob die von ihm beratene Lebensversicherungsgesellschaft Verluste erlitten hat und erleiden wird durch die Aufnahme von Syphilitischen, weil die wirkliche Sterblichkeit der Syphilitischen größer wäre als die erwartete, hat Verf. aus dem Material der Gesellschaft eine Anzahl von Tabellen aufgestellt. Die erste Tabelle enthält Personen, welche vor Abschluß der Versicherung Syphilis gehabt haben und an einer syphilitischen Krankheit gestorben sind, die zweite Tabelle solche, welche Syphilis gehabt haben, aber an einer nicht syphilitischen Krankheit gestorben sind, die dritte endlich solche, welche erst nach Abschluß der Versicherung sich infiziert haben und an einer syphilitischen oder parasyphilitischen Krankheit gestorben sind. Die Vorsichtsmaßregeln, welche die Gesellschaft gegen etwaige Verluste durch die Syphilitischen getroffen hatte,

waren ohne Erfolg. Die Sterblichkeit, welche auf 9,46 berechnet war, betrug in Wirklichkeit 17. Daraus ist der Schluß zu ziehen, daß Syphilitische als gefährliche Risiken anzusehen sind. Indessen ist die Statistik über die Syphilis noch lange nicht vollständig genug. Der Unterschied zwischen energisch behandelter Syphilis und solcher, die nicht oder schlecht behandelt ist, tritt nicht deutlich genug in die Erscheinung, obwohl behandelte und nicht behandelte Syphilis als zwei ganz verschiedene Krankheiten anzusehen sind. Je längere Zeit seit der Infektion verflossen ist, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit der parasyphilitischen Krankheiten. Deshalb kann man für energisch behandelte Syphilitische eine abgekürzte Versicherung nicht zu lange nach der Infektion empfehlen.

J. Meyer, Lübeck.

Cytorhyctes luis Siegel.

Von Fr. Eilhard Schulze.

(Berl. klin. Wochenschr. 1905, Nr. 21, S. 653.)

Die von Siegel bei Pocken, Maul- und Klauenseuche, Scharlach und Syphilis aufgefundenen Parasiten sind außerordentlich klein und so beweglich, daß ihre Beobachtung nur bei Vergrößerung über 1000 und hellster Beleuchtung gelingt. Sie sind auf Affen, Kaninchen, Meerschweinchen verimpfbar. Am besten lassen sie sich bei ausreichend stark syphilitisch infizierten Affen oder Kaninchen drei Wochen nach der Impfung, zur Zeit der ersten exanthematischen Erscheinungen im Parenchymsaft der Niere studieren. Man findet dann Formen von $1/2$ bis 2 μ Größe, stark lichtbrechend und ungemein beweglich. An den größten läßt sich eine seitlich abgeplattete birnförmige Gestalt unterscheiden, deren dünneres Ende eine sehr feine, geschlängelte Geißel trägt. Zuweilen sieht man auch am andern Körperende eine solche. An gefärbten Präparaten — Schnittpräparaten fixierter Gewebe von menschlichen harten Schankern sind 2 bis 16 kuglige Kerne zu erkennen.

Die Originalmitteilung Siegels mit Abbildungen ist in den Abhandlungen der Kgl. Preuß. Akademie der Wissenschaften 1905 erschienen.

Ktg.

Tödlich verlaufener Pockenfall.

Von Dr. C. Davidsohn, Assistent am pathologischen Institut. Nach einem am 1. Februar 1905 in der Berliner med. Gesellschaft gehaltenen Vortrage.

(Berl. klin. Wochenschr. 1905. Nr. 21, S. 635.)

Der Fall betraf einen geborenen Belgier von 36 Jahren. Seit der Kindheit nicht revacciniert, hatte er sich in Rußland infiziert, war auf der Heimreise in Berlin krank liegen geblieben und am zwölften Krankheitstage dem stürmisch verlaufenen Leiden erlegen. Die Sektion bot außer einer auf der Haut und Mundschleimhaut intensiven Pockeneruption, bei der auch die sogenannten Pockenparasiten Cytorhyctes variolae Guarnieri nicht fehlten, einige Besonderheiten. Die Schleimhaut der Luftröhre und Bronchien zeigte dicht nebeneinanderstehende kleine Geschwüre in enormer Verbreitung, aber ohne Formähnlichkeit mit Pocken. Der größere Teil der Magenschleimhaut war in eine Geschwürsfläche verwandelt, die sich von der bei Dysenterie oder Diphtherie im Dickdarm beobachteten nicht unterschied. Bis in die Muskulatur reichte diese Eiterzone. In den Lungen hämorrhagische, bronchopneumonische Herde. In den Nierenbecken und Nebennieren ausgedehnte Blutungen. Im linken Hoden zahlreiche interstitielle Herde, aus Rund- und Eiterzellen wie Detritus bestehend; auch die Hodenkanälchen mit Eiter gefüllt, neben dem vielfach Gebilde gefunden wurden, die dem erwähnten Pockenparasiten sehr ähnlich waren. Der Magen- und Nierenbefund ist in vorliegender Form bei Variola noch nicht beschrieben worden.

Ktg.

Tödliche Infektion durch den Bacillus aureus foetidus, nov. spec.

Von Prof. Dr. Herzog-Manila.

(Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankh. Bd. 49, Heft 3.)

Herzog hatte in Manila die Leiche eines 40 jährigen Mannes zu untersuchen, über dessen Krankengeschichte nichts genaues bekannt war. Es bestand ein vernachlässigtes Geschwür in der Kniekehle und vergrößerte Lymphdrüsen in der Inguinalgegend. Die Untersuchung auf Pestbazillen fiel negativ aus. Dagegen fanden sich in der Leber, den Nieren und den vergrößerten Lymphdrüsen kurze Stäbchen, die in der Kultur ein goldgelbes Pigment bildeten. Herzog beschreibt sie genauer und benennt sie „Bacillus aureus foetidus". Ein Affe und ein großes Kaninchen, die damit geimpft wurden, zeigten nur vorübergehende Temperatursteigerung. Herzog hält den Bazillus aber doch für die Todesursache. Vielleicht sei der an sich nicht sehr gefährliche Bazillus bei längerer Wucherung in dem vernachlässigten Geschwür giftiger geworden.

Lehfeldt.

Pyämie nach Verschlucken einer Nähnadel.

Von Dr K. Graupner, Breslau.

(Allgemein. Medizin. Zentralzeitung, Febr. 1905, S. 121.)

41 jähriger Mann kommt mit schweren Lungenerscheinungen, welche auf eine Embolie mit unbekanntem Ausgang schließen lassen, ins Krankenhaus und stirbt bald nach der Aufnahme. Bei der Sektion findet sich die ganze linke Vena jugularis communis und die Vena anonyma sinistra mit zum Teil eitrig zerfallenen Thrombenmassen gefüllt. Aus diesen Massen ragt in der Vena anonyma eine schwärzlich gefärbte Nähnadel mit dem oberen Drittel, an dem sich das Öhr befindet, heraus. Aus der durch die Angehörigen eingeholten Anamnese ergibt sich, daß Patient vor ca. zehn Tagen beim Genuß einer Wurst plötzlich Schmerzen im Halse verspürte. Eine laryngoskopische Untersuchung ergab keinen Befund. Er arbeitete dann noch vier Tage weiter, bis sich plötzlich heftige Atemnot einstellte. Die Eingangspforte ließ sich auch bei der Sektion nicht feststellen, doch zeigte sich ein Gang, welcher von der Vene durch die Halsmuskulatur an die seitliche Ösophaguswand führte, so daß anzunehmen ist, daß die Nadel von hier aus eingedrungen ist.

J. Meyer-Lübeck.

Neurologie und Psychiatrie.

Einiges über anormale Bewußtseinszustände und die Psychopathologie der Aussage im Anschluß an ein militärgerichtlicherseits eingeholtes Gutachten.

Von Kötscher.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, Heft 3.)

Ein Soldat läßt sich verschiedene schwere Insubordinationsvergehen zu Schulden kommen. Trotzdem Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit bestehen und sein Hauptmann ihn direkt als geistig beschränkt erklärt, wird er bestraft, weil er einem Sergeanten gegenüber, der ihm bald nach dem Geschehnis Vorhaltungen machte, mit „Jawohl" antwortet und in diesem Jawohl ein bewußtes Eingeständnis seiner Schuld gesehen wird. Wie die spätere Untersuchung zeigt, war der Angeklagte jedoch schon zur Zeit der inkriminierten Handlung geisteskrank und das verhängnisvolle Jawohl wurde von dem schwachsinnigen Menschen durchaus nicht auf Grund irgend einer Überlegung, sondern aus der militärisch angedrillten Gewohnheit ganz mechanisch abgegeben. Im Anschluß an dieses Vorkommnis bespricht R. im allgemeinen kurz die Psychologie und Pathologie der Aussage, insbesondere die drei Elementarfaktoren einer jeden Aussage: das Auffassungsvermögen, die Merkfähigkeit und das Reproduktionsvermögen.

Hoppe-Uchtspringe.

Erinnerungstreue in der Aussage.

Von v. Teubern.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, Heft 1/2.)

v. Teubern bespricht zunächst die Stern'schen Experimentaluntersuchungen über die Erinnerungstreue, deren Resultat möglicherweise insbesondere bei Juristen eine pessimistische Stimmung erwecke. In der Praxis liegen jedoch die Verhältnisse derart, daß Mängel der Erinnerung erkannt und auch beseitigt werden können, da sich mehrere Aussagen gegenseitig oft ergänzen und durch lokale Beziehungen die Erinnerungen oft erweckt werden, und da ferner auch die Aussagen noch mit andern Beweisergebnissen verglichen werden können. Das Verdienst der Stern'schen Ausführungen liege hauptsächlich darin, daß sie eindringlich in Erinnerung bringen, daß die Bewertung der Erinnerungen sorgfältig erfolgen muß, was unter Umständen keine leichte Aufgabe ist. Als Hilfsmittel hierzu wird eine psychologische Ausbildung von großem Wert sein.

Hoppe-Uchtspringe.

Welche medizinischen Gesichtspunkte sprechen für die Einführung einer bedingten Strafaussetzung und Begnadigung?

Von Prof. Dr. A. Cramer-Göttingen.

(Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrecht reform I, Heft 6/7).

1. Der Gesichtspunkt, daß dadurch Zeit gewonnen wird zur Beurteilung eines medizinisch nicht ganz klaren Falles.

2. Daß durch die bedingte Strafaussetzung und Begnadigung erzieherischer Einfluß geübt wird, die nötigen Hemmungen eingeschaltet werden.

Was die erste der beiden Antworten auf die im Titel ausgedrückte Frage betrifft, so gibt es Psychosen, die so langsam beginnen, daß auch die sechswöchentliche Beobachtungszeit in einer Irrenanstalt (die nach mehreren Reichsgerichtsentscheidungen nicht überschritten werden darf) nicht dazu genügt, daß die Diagnose der Geisteskrankheit gestellt werden kann, obwohl der Konflikt mit dem Strafgesetzbuch das erste auffällige Signal der Krankheit ist. Der Gutachter kann u. a. für sich zu der Überzeugung kommen, daß hier wohl eine Krankheit vorliegt, ist aber zurzeit doch außerstande, sie nachzuweisen. Im Besonderen gilt das von der arteriosklerotischen Atrophie und präsenilen Seelenstörungen. In einem Falle ersterer aus Cramers Beobachtung hatte sich bei einem Beamten die beginnende Hirnveränderung zuerst in ethischem Defekt — Schamlosigkeit und Veruntreuung — gezeigt. Freisprechung erfolgte im Wiederaufnahmeverfahren nach inzwischen manifest gewordener Demenz und teilweise abgebüßter Strafe.

„Für bestimmte Fälle seniler Geistesstörung ist die Unzucht mit Kindern fast ein klinisches Symptom. Ähnliches kommt gelegentlich bei Paralyse und bei Epilepsie vor.“ In außerordentlich seltenen Fällen kann es vorkommen, daß Paranoïker außerordentlich geschickt dissimulieren um lieber zeitlich ins Gefängnis, als unabsehbar ins Irrenhaus zu kommen. Untersuchung des Geisteszustandes hält Cramer bei jugendlichen Verbrechern für eine generelle Notwendigkeit. Die beginnende Pubertätspsychose wird oft verkannt. Unter den vom Verf. gesammelten Fällen waren die zur Freisprechung gelangten, begutachteten, jugendlichen Angeklagten 17 oder 18 Jahre alt. Bei diesen, etwas älteren, war die Krankhaftigkeit schon deutlich; jüngere mögen öfter verurteilt werden, zu Unrecht. Daß eine langsam einsetzende Krankheit die ethischen Vorstellungen früher als die intellektuellen schädigt, ist die Regel.

Was die zweite Antwort betrifft (s. o.), so denkt Verfasser namentlich an Grenzzustände, ganz leicht Schwachsinnige, gewisse haltlose, aber nicht eigentlich unmoralische Dégénérés, manche Hysterische. Für manche Individuen aus dieser Gruppe ist die Strafhaft zudem gefährlich. P. Bernhardt-Dalldorf.

Zusammenstellung des Ergebnisses der Verhandlungen gegen gemindert Zurechnungsfähige.

Von Becker.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 62, Heft 1, 2.)

In einem Vierteljahr kamen bei der Strafkammer (Dresden) auf 550 verhandelte Sachen nur acht derartige Vorgänge = 1,44 %, beim Schwurgericht bei 29 Verhandlungen vier = 13,4 %.

Hoppe-Uchtspringe.

Geisteskranke und Verbrecher im Strafvollzug.

Von Döllken.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, Heft 3.)

Im Strafvollzug befinden sich 2—7 % Geisteskranke. Auffallend ist die große Zahl von geistig Defekten jeden Grades. Von ihnen gehören diejenigen, welche keine moralischen Begriffe haben, nicht in den Strafvollzug. Die Schwachsinnigen bedürfen besonderer ärztlicher Fürsorge, sie neigen sehr zu Neurosen und Psychosen von besonderer Färbung auf dem Boden ihres Defekts. Ein nur kleiner Teil der Defekten wird heute im Strafverfahren richtig erkannt und beurteilt. Schmerzenskinder des Strafvollzugs sind auch die minderwertigen, die zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit stehen: die Belasteten, die Psychopathen, Neurotiker, die durch chronische Vergiftungen, Verletzungen oder Infektionskrankheiten Geschwächten usw. Solche Individuen fordern nicht nur einen andern quantitativen, sondern auch einen qualitativ geänderten Strafvollzug und zwar hauptsächlich: Abschaffung der kurzzeitigen Freiheitsstrafen, größere Ausdehnung der Fürsorgeerziehung, Arbeitskolonien, Anstalten, welche zwischen Arbeitsanstalt und Gefängnis stehen. Noch ist viel Arbeit zu leisten, um positive Unterlagen für unsere Reformbestrebungen zu schaffen. Hoppe-Uchtspringe.

Über Alkoholismus und Delikte wider die Sittlichkeit.

Von Stegmann.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, Heft 3.)

Für eine große Zahl von Delikten gegen die Sittlichkeit (§ 171—184) gibt der Trunk ein wichtiges ätiologisches Moment ab. Während aber bei den auf Verkehrung des Geschlechtstriebes beruhenden Delikten der Alkoholismus kaum mehr als eine Gelegenheitsursache bildet, wachsen auf seinem Boden mit Vorliebe solche Straftaten, welche mit einer Steigerung oder Herabsetzung der Geschlechtsfunktion erklärt werden müssen. In erster Linie begünstigt er die gewaltsamen und betrügerischen Handlungen, gegen welche sich die §§ 176 bis 179 richten, ferner gehören hierher die als Incest und als Mißbrauch der Autorität charakterisierten Handlungen, von denen die §§ 173, 174 handeln. Eine Herabsetzung sexueller Leistungsfähigkeit liegt hingegen einer großen Zahl der in § 183 bedrohten Vergehen zugrunde. Hoppe-Uchtspringe.

Ein interessanter Entmündigungsfall.

Von Weber.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 62, Heft 3.)

Bei einem 60 jährigen, hohen Beamten N., der schon vor 19 Jahren etwa ein Jahr lang wegen schwerer Hypochondrie in psychiatrischer Behandlung stand, entwickelt sich aus einem halluzinatorischen Irresein allmählich ein paranoïsches Krankheitsbild heraus. Die krankhaften Vorstellungen bilden ein vollständig geschlossenes System, das einer objektiven Beurteilung nicht zugänglich erscheint. Seine Wahnideen — er bildete sich ein, er wandele sich allmählich zum Weibe, aus ihm würden durch unmittelbare Befruchtung Gottes neue Menschen hervor-

gehen, usw. — sind mit bemerkenswerter Schärfe entwickelt und motiviert. N. wurde gemäß § 6 d. B. G. für geisteskrank erklärt und entmündigt. Die Anfechtungsklage gegen den Entmündigungsbeschluß wurde zunächst zurückgewiesen, schließlich aber für begründet erachtet und der Entmündigungsbeschluß aufgehoben. Nach dem Berufungsurteil ist die positive Feststellung erforderlich, daß der Betreffende durch die geistige Erkrankung an der Besorgung aller seiner Angelegenheiten nach Art eines Kindes behindert sei. W. hält ebenso wie die in der Diskussion sich äußernden Herren Becker, Ganser, Weltz, diese Feststellung für sehr schwer und das Verlangen, daß der Betreffende alle seine Angelegenheiten nicht besorgen könne, für sehr bedenklich. Hoppe-Uchtspringe.

Geistesschwäche als Entmündigungsgrund.

Von Landauer.

(Deutsche Jurist.-Ztg. 1904, Nr. 22.)

Nach herrschender Meinung soll die Geistesschwäche ein leichterer Grad von Geisteskrankheit sein, so daß das B. G. B. mit Aufstellung zweier verschiedener Entmündigungsfälle: der Entmündigung wegen Geisteskrankheit und der Entmündigung wegen Geistesschwäche, zwischen Geisteskrankheit im engern Sinne und Geisteskrankheit im weitern Sinne unterschieden hätte. Die Auffassung jedoch, Geistesschwäche sei ein leichterer Grad von Geisteskrankheit, der sich von dieser nur durch die Rechtsfolgen für die Handlungsfähigkeit unterscheide, ist nach dem B. G. B. durchaus nicht gerechtfertigt. Das neue bürgerliche Recht läßt eine Vorwegnahme der rechtlichen Folgen ohne vorgängige begriffliche Feststellung des Vorhandenseins von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche nicht zu. Geistesschwäche ist vielmehr ein nach Lebenserfahrung und ärztlicher Wissenschaft zu bestimmender Zustand geistigen Gebrechens, der entweder angeboren ist oder durch Alter, Geisteskrankheit oder andere schädigende Einflüsse (z. B. Traumen, Alkoholismus usw.) erworben sein kann. Hoppe-Uchtspringe.

[Diese Auffassung ist u. E. für den psychiatrischen Gutachter ganz unverwertbar. Wer in der Praxis steht, kann sich mit einer Theorie nicht einverstanden erklären, derzufolge der tiefstehende Idiot größere bürgerliche Rechte behalten muß als z. B. ein in mäßigem Grade zirkulär Kranker ohne Verstandesdefekt. Red.]

Geisteszustand Taubstummer.

Von Kornfeld.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 62, Heft 1, 2.)

Die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit der Taubstummen, von denen ja gesetzlich die volle Entwicklung des moralischen Sinnes auch im strafmündigen Alter vorausgesetzt wird, wird in den Lehrbüchern recht stiefmütterlich behandelt. Ein jeder Beitrag, um diese Frage weiter zu klären, ist deshalb sehr willkommen. K. berichtet über eine polizeilich vielfach vorbestrafte, dem Trunke und der gewerbsmäßigen Unzucht ergebene Taubstumme, die sich jetzt der Kindesentführung schuldig gemacht hat. Das Gutachten lautet dahin, daß die Angeschuldigte nicht geisteskrank und bei Begehung der angeschuldigten Taten nicht zurechnungsunfähig (§ 51) ist und daß 2., obwohl sie minderwertig ist, doch die geistigen Fähigkeiten genügend entwickelt sind, um das Strafbare ihrer Handlungen erkennen zu lassen. Hoppe-Uchtspringe.

Simulation von Geistesstörungen.

Von Bischoff.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 62, Heft 1, 2, 3.)

Zwei Arten der Simulation müssen von vornherein scharf getrennt werden, 1. die Vortäuschung bestehender Geisteskrankheit und 2. die Vortäuschung von Sinnesverwirrung in der Vergangenheit, zumeist zur Zeit des Deliktes. Jeder Mensch hat mehr oder weniger die Fähigkeit, sich zu verstellen und weiß, daß ihm die Vortäuschung geistiger Krankheit eventuell zum Vorteil gereichen kann. Die Moralität eines jeden Menschen ist nun mehr oder weniger begrenzt, so daß unter Umständen durch wichtige Eindrücke die unmoralische Handlung der Simulation zum Zwecke des Selbstschutzes hervorgerufen werden kann. Krankhafte Zustände des Gehirns, insbesondere die reizbare Schwäche, die Hysterie und der Schwachsinn beeinträchtigen oft die Moralität und steigern damit die Neigung zur Simulation; geistige Störungen aber, welche mit Verwirrtheit oder Intelligenzschwäche einhergehen, machen die Simulation unmöglich. Die äußere Ursache der Simulation ist regelmäßig das Einwirken eines die Persönlichkeit beeinträchtigenden Umstandes, z. B. einer gerichtlichen Verfolgung, eines Unfalls. Simuliert werden fast alle Formen einer geistigen Störung, aber nur sehr selten wird eine Psychose naturgetreu mit allen typischen Symptomen nachgeahmt, weil in der Regel die nötige Sachkenntnis fehlt und die konsequente Durchführung der Simulation meist auf unüberwindliche Schwierigkeiten stößt.

In den letzten Jahren häufen sich in auffälliger Weise die Fälle von Simulation der progressiven Paralyse. Der Grund hierfür liegt wohl darin, daß jetzt schon weitere Kreise mit diesem Krankheitsbild bekannt geworden sind und die psychischen Symptome der einfachen dementen Form und auch die ataktischen Bewegungsstörungen verhältnismäßig leicht nachgeahmt werden können. B. berichtet über einen vielfach bestraften Menschen, der sich vor vier Jahren bereits in der Irrenabteilung eines Strafgefängnisses befand, von wo er wegen Gemeingefährlichkeit in Erregungszuständen bei langsam fortschreitender Paralyse einer Irrenanstalt überwiesen wurde, auch hatte er sich als Soldat anscheinend die Syphilis zugezogen. Den Beweis für Simulation erblickt B. darin, daß sich in seinem Verhalten eine Menge von Widersprüchen zeigt, während „die für Paralyse allein charakteristischen Symptome": Sprechstörung in Form von Silbenstolpern und Intelligenzdefekt fehlen. Die Ungleichheit der Kniescheibensehnenreflexe, sowie die vorhandene Pupillenstarre werden auf die wahrscheinlich überstandene Hirnlues zurückgeführt, auch erscheine ein Stationärbleiben der Paralyse seit mehr als vier Jahren nicht wahrscheinlich (?). Hoppe-Uchtspringe.

Simulation von Schmerzanfällen bei einem Morphinisten.

Von Nerlich.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 62, Heft 1, 2.)

Ein vielfach bestrafter Morphinist, der in vergangenen Zeiten anscheinend infolge von Morphiumabstinenz Sinnestäuschungen und Tobsuchtsanfälle gehabt hat, wurde, aller Wahrscheinlichkeit nach, früher einmal wegen eines eingeklemmten Nabelbruches operiert. Die bei der Behandlung dieses Bruches gemachten Erfahrungen macht er sich nun zu Nutze und täuscht absichtlich Schmerzanfälle und Erbrechen vor, einmal um Morphium zu erhalten und Mitleid zu erregen, sodann aber auch um dem Strafvollzug zu entgehen und der Vorteile der Krankenhausbehandlung teilhaftig zu werden. Hoppe-Uchtspringe.

Errichtung von Testamenten seitens Kranker.

Von Weltz.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, Heft 1/2.)

Nach Ausscheidung der außerordentlichen Testamente bleiben das richterliche bzw. notarielle, sowie das außergerichtliche Privattestament. Letzteres hat Bedenken, auch schon wenn es von Gesunden errichtet wird. Ca. 90 % der außergerichtlichen

Privattestamente haben den Erfolg nicht erreicht. Wer wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht oder Verschwendung entmündigt ist, kann nicht testieren, der Geisteskranke auch nicht in lichten Zwischenräumen. Die Unfähigkeit, ein Testament zu errichten, tritt schon mit Stellung des Antrages auf Entmündigung ein. Personen, die nach § 1910 des B.G.B. unter Pflegschaft stehen, sind dadurch an der Testamentserrichtung nicht behindert. Der Hergang bei der Errichtung von gerichtlichen Testamenten besteht in der Erklärung oder Übergabe des letzten Willens und Aufnahme und Abschluß des Protokolls darüber. Im Protokoll ist die Geschäftsfähigkeit des Erblassers festzustellen. Das Gesetz umfaßt nicht alle Fälle, in denen Krankheit die Testierfähigkeit beeinflußt. Es treten Fälle hinzu, in denen es zweifelhaft ist, ob der Testierende sich über den Inhalt seiner Erklärung klar ist, so bei Mangel geistiger Entwicklung, hochgradiger Erregung, übermäßigem Genuß von Alkohol usw. Besondere Schwierigkeiten bietet die Feststellung, ob das Motiv zur Errichtung des Testaments durch eine geistige Störung beeinflußt wird. In allen Fällen empfiehlt sich die Zuziehung eines Sachverständigen.

Hoppe-Uchtspringe.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Königl. Württembergischen Landes-Versicherungsamt.

Infektion als landwirtschaftlicher Betriebsunfall.

Entscheidung vom 4. Februar 1905.

Der Bauer H. von T. ist am 3. Dezember 1903 an Blutvergiftung gestorben. Seine Witwe verlangt für sich und als Vertreterin des minderjährigen Sohnes Chr. für diesen die gesetzliche Hinterbliebenrente, indem sie geltend macht, die den Tod verursachende Blutvergiftung sei die Folge eines landwirtschaftlichen Betriebsunfalls. Die Berufsgenossenschaft hat den Anspruch abgelehnt. Auf die Berufung der Genannten hat das Schiedsgericht den Bescheid der Berufsgenossenschaft aufgehoben und diese schuldig erkannt, der Witwe und deren Sohn Chr., letzterem bis zum zurückgelegten 15. Lebensjahr die gesetzliche Hinterbliebenenrente zu gewähren. Die Berufsgenossenschaft hat in dem gegen die Entscheidung des Schiedsgerichts erhobenen Rekurs ausgeführt, es fehle der Beweis, daß die — nach dem ärztlichen Gutachten als Ursache der Blutvergiftung anzusehende — Infektion bei einer Hantierung im landwirtschaftlichen Betriebe erfolgt sei; es gebe für den Landwirt auch außerhalb seines Betriebes eine Menge Gelegenheiten, mit Giftstoffen in Berührung zu kommen.

Der Rekurs wurde zurückgewiesen.

Gründe:

Bezüglich der an der Hand des Verstorbenen nachgewiesenen leichten Hautverletzung, welche zweifellos das Eindringen des Giftes (der „Lebewesen“) in das Blut ermöglicht hat, kann nicht nachgewiesen werden, daß sie durch eine landwirtschaftliche Betriebstätigkeit verursacht worden ist. Es steht nicht einmal fest, ob dieselbe (sie wird als „Hautschrunte“ bezeichnet) ihren Grund in äußerer Gewalteinwirkung gehabt hat; sie kann ebensowohl durch Einwirkung der Kälte entstanden sein.

Dagegen kann mit Grund als bewiesen angenommen werden, daß das Eindringen des Gifts seine Ursache in einer der gesetzlichen Versicherung unterstehenden Tätigkeit des H. gehabt hat. Die ärztlichen Gutachten führen aus, daß gerade die landwirtschaftliche Tätigkeit eines Bauern reichliche Gelegenheit zu einer Infektion der in Frage stehenden Art gibt, und sie nehmen übereinstimmend an, es sei wahrscheinlich, daß diese Gelegenheit auch hier in Wirkung getreten sei. Erwägt man nun, daß die gefahrbringende Betriebstätigkeit den weitaus größten Teil der Tätigkeit eines Bauern unter den hier gegebenen Verhältnissen ausmacht, zumal wenn die der Versicherung gleichfalls unterliegenden hauswirtschaftlichen Verrichtungen hinzugerechnet werden; daß der verstorbene H. zu der Zeit, als die Infektion erfolgt sein muß, ganz besonders mit landwirtschaftlichen Arbeiten befaßt war, und zwar gerade mit solchen, die, wie die Dungarbeiten, in besonderem Maß zur Infektion geeignet sind; daß er ferner selbst beobachtet hat, daß die ersten Zeichen der Infektion zeitlich nach einer solchen Arbeit aufgetreten sind, so läßt sich nach dem regelmäßigen Verlauf der Dinge wohl annehmen, daß die Ausübung einer landwirtschaftlichen Betriebsarbeit es war, die den Giftstoff mit der vorhandenen Hautverletzung in Berührung gebracht und demgemäß nicht bloß die Gelegenheit, sondern die Ursache des (ohne die Berührung nicht ermöglichten) Eindringens in den Körper gebildet hat. Gerechtfertigt ist es aber (insbesondere in Fällen, in denen sich naturgemäß der nähere Hergang der menschlichen Beobachtung entzieht), bei der Beweiswürdigung von dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge auszugehen, solange nicht im einzelnen Fall besondere Umstände eine andere Annahme begründen.

Steht aber hiernach fest, daß eine landwirtschaftiche Tätigkeit, welche nicht notwendig nach ihrer besonderen Gestaltung dargetan zu werden braucht, die Ursache des Eindringens des Giftstoffs gebildet hat, und zwar in der Weise, daß das einmalige, innerhalb eines kurzen Zeitraumes sich vollziehende Eindringen schon die Schädigung des Körpers herbeigeführt hat, so ist damit der Tatbestand des Betriebsunfalls gegeben. Der Unfall im versicherungstechnischen Sinn ist die körperschädigende, plötzliche und von dem Betroffenen unbeabsichtigte Einwirkung eines äußeren Tatbestandes auf den Menschen, nicht das äußere Ereignis oder der infolge des Ereignisses eingetretene Körperschaden für sich allein. Unter diesem Gesichtspunkt sind stets Vergiftungen, — welche wie hier — eine Folge plötzlich wirkenden Eindringens von Krankheitsstoffen in den Körper darstellen, als „Unfälle“ angesehen worden, im Gegensatz zu den Berufskrankheiten, bei denen erst die über einen längeren Zeitraum sich erstreckende Wiederholung der Aufnahme in ihrer Gesamtwirkung die Vergiftung herbeiführt.

Mit der Aufnahme des Gifts in das Blut war bei H. die körperliche Schädigung vollzogen, und deren Folge war, wie die ärztlichen Gutachten unzweifelhaft feststellen, der Tod des Verletzten. (Arbeiterversorgung.)

Tagesgeschichte.

Zweckmäßigkeit und Wert der Vorbescheide, gemäß § 70 des Gewerbe-Unfallgesetzes.

In Nr. 11 des „Kompaß“ sind die Erfahrungen zusammengestellt, welche die einzelnen Sektionen der Knappschaftsberufsgenossenschaft mit den Vorbescheiden gemacht haben. Diese Antworten sind auf eine diesbezügliche Anfrage des Genossenschaftsvorstandes hin ergangen, zu welcher dieser sich durch ein Rundschreiben des Reichsversicherungsamtes veranlaßt sah. Es wurde darin besonders auf folgendes hingewiesen: „Der endgültigen Stellungnahme des Feststellungsorgans hat die Erteilung eines Vorbescheides voranzugehen. Hierdurch soll erreicht werden, daß der Verletzte oder seine Hinterbliebenen noch vor Erlaß des berufungsfähigen Bescheids über die Tragweite der in Aussicht genommenen Entscheidung belehrt werden, damit sie noch während des bei der Berufsgenossenschaft schwebenden Verfahrens selbst die zur Durchführung ihrer Rechte erforderlichen Schritte tun können, und unnötige Streitigkeiten

vor den Schiedsgerichten vermieden werden. Eine bindende Bedeutung für den demnächst zu erlassenden berufungsfähigen Bescheid soll dem Inhalt des Vorbescheides nicht beigelegt werden."

Die von den (8) Sektionen eingegangenen Antworten sprechen sich im allgemeinen gegen die Vorbescheide aus, deren Wert sie in Abrede stellen. Sechs Sektionen nehmen diesen Standpunkt unbedingt ein; sie weisen namentlich darauf hin, daß der Wert der Vorbescheide in keinem Verhältnis zu der Aufwendung an Schreibarbeit und Zeit steht, die sie erfordern. Sie seien lediglich als eine Formalität anzusehen, deren Fortfall für die Berufsgenossenschaften eine wesentliche Erleichterung, für die Versicherten aber von großem Interesse sei, da das Entschädigungsverfahren dann mindestens 14 Tage früher zum Abschluß gebracht werden könne. Nur die Sektionen 4 und 8 (Halle und München) sprechen sich — freilich auch nur sehr bedingt — zugunsten der Vorbescheide aus. Auch sie weisen darauf hin, daß die auf die Vorbescheide eingehenden Erinnerungen zumeist unberechtigt seien und lediglich das Entschädigungsfestsetzungsverfahren verzögerten.

Es wäre wissenswert, ob auch andere Berufsgenossenschaften den Vorbescheiden so wenig Wert beimessen, bzw. über die Wertlosigkeit der Vorbescheide für die Verletzten so eindeutige Erfahrungen gemacht haben. Sollte das der Fall sein, so würde man daraus immer noch nicht schließen dürfen, daß die Vorbescheide wertlos, sondern vielmehr, daß die Versicherten in Unfallsachen gewöhnlich schlecht beraten sind.

An und für sich ist es ein sehr gesunder Gedanke, daß der Verletzte, nachdem die Berufsgenossenschaft ihm ihre Auffassung der Sachlage und die Gründe dafür mitgeteilt hat, zunächst Gelegenheit bekommt, seine eventuellen Gegengründe zur Prüfung zu unterbreiten. Durch gewissenhaftes Eingehen auf verständige Einwände würden die Berufsgenossenschaften viele schiedsgerichtliche Entscheidungen zu ihren Ungunsten vermeiden. Aber freilich, dazu würde gehören, daß die Antworten der Versicherten auf Vorbescheide, die ihnen nicht genehm sind, statt entrüsteter Proteste und feierlicher Beteuerungen nur tatsächliche Angaben oder doch solche Behauptungen, die sich objektiv prüfen lassen, enthielten. Nehmen wir z. B. den so häufigen Fall einer Kopfverletzung, nach der sich Schwindelanfälle einstellen. Objektiv ergibt die Untersuchung so wenig, daß die Berufsgenossenschaft laut ärztlichem Gutachten gar keine oder eine sehr geringe Rente ansetzt. Wenn dann nach erfolgtem Vorbescheide der Verletzte angibt, daß ganz bestimmte Zeugen unter ihrem Eide aussagen würden, sie hätten ihn bei bestimmten Gelegenheiten schwindlig werden sehen, so ist das für beide Teile wertvoll und kann zur Vermeidung eines Rentenprozesses dienen. Leider aber fehlt es an einer rein sachlichen, zugleich auch auf Vermeidung unnötiger Streitigkeiten gerichteten Beratung der Verletzten noch sehr. Und wo eine solche gewährleistet wird, wie z. B. beim Berliner „Verein für Unfallverletzte", da werden viele Versicherte durch Unkenntnis und viele auch durch ein von gewisser Seite gegeschürtes Mißtrauen gehindert, sich diesen Vorteil zu Nutze zu machen.

Was Not täte, wäre nicht Abschaffung der Vorbescheide, sondern ein vernünftiges Verfolgen des Weges zu friedlicher Verständigung zwischen Versicherungsträgern und Versicherten, welchen die Einrichtung der Vorbescheide weist. F. L.

Beleidigungsklage eines Kurpfuschers gegen einen Arzt.

Der Magnetopat Carl Offermann aus Köln kündigt in Zeitungsanzeigen, in denen er in längerer Ausführung auf die Trefflichkeit des von ihm ausgeübten Heilmagnetismus hinweist, daß er alle Krankheiten, als Lungen-, Herz-, Leber-, Nieren-, Blasenleiden usw., in Behandlung nehme. Auf diese Zeitungsanzeigen hin, sowie gestützt auf die amtliche Aussage einer Telephonistin, die ohne Heilerfolg in der Behandlung von Offermann gestanden hat, erschien in dem Ärztlichen Wochenblatt vom 8. Oktober 1904 ein die Kurpfuscherei behandelnder Artikel, in dem das von dem mit Namen genannten Offermann angepriesene Heilverfahren sehr abfällig beurteilt und Offermanns Magnetismus als „Schwindel" bezeichnet wurde. Ein praktischer Arzt zu Oberwinter, der in der dortigen Gemeinde, wozu auch Rolandseck gehört, die ärztliche Praxis ausübt, kam eines Tages im Oktober 1904 in die Bahnhofswirtschaft zu Rolandseck, in welcher sich der Hotelier R. und der Bahnhofswirt befanden. Die Ehefrau des letzteren war des öfteren von dem Arzte ärztlich behandelt worden und befand sich zu dieser Zeit wieder in seiner Behandlung. Der Arzt gab F. den oben erwähnten Artikel des Ärztlichen Wochenblattes mit der Aufforderung, dessen Inhalt vorzulesen, und sagte, nachdem dies geschehen: „Die Sache ist Schwindel, ich werde alle meine Bekannten und Verwandten davor warnen."

Wegen dieser Äußerung erhob Offermann gegen den betreffenden Arzt Privatklage wegen Beleidigung im Sinne des § 186 St.G.B. Wie das Schöffengericht zu Sinzig, so gelangte auch die Strafkammer des Landgerichts zu Bonn zur Freisprechung des Angeklagten. Die Strafkammer wendet sich in ihrer Urteilsbegründung in scharfen Ausführungen gegen die Heilmethode des Privatklägers, indem sie hauptsächlich folgendes ausführt: Der Angeklagte hat lediglich ein Urteil über die in der reklamenhaften Ankündigung erwähnten Heilmethode des Privatklägers abgegeben. Er hat keine konkreten Tatsachen behauptet, solche auch nicht bei Abgabe seines Urteils im Sinne gehabt. Der § 186 St. G. B. ist daher nicht anwendbar, und kommt deshalb nicht in Frage, daß der Angeklagte die Erweislichkeit seiner Äußerung dartun muß. Die Äußerung ist vielmehr nur nach § 185 St. G. B. beleidigend und deshalb an sich strafbar. Der Angeklagte ist aber durch den § 193 St.G.B. geschützt, und zwar zunächst, weil er nur ein tadelndes Urteil über gewerbliche Leistungen abgegeben hat. Dann hat er aber auch die Äußerung in Wahrnehmung berechtigter Interessen gemacht, da er als Hausarzt des Zeugen F. für berechtigt anzusehen ist, den F. vor einer Behandlung seiner Frau durch den Privatkläger zu warnen. Es kann nur in Frage kommen, ob das Vorhandensein seiner Beleidigung aus der Form der Äußerung oder aus den Umständen, unter welchen sie geschah, hervorgeht. Zunächst ist daher zu prüfen, ob die scharfe, verletzende Form der Äußerung berechtigt ist. In dieser Beziehung ist dem Angeklagten das zuzugeben, daß er auf Grund des erwähnten Artikels „Von den Kurpfuschern" zu der Ansicht gekommen ist, daß die Heilmethode des Offermann „Schwindel" ist. Der Artikel erklärt auch selbst den „Magnetismus" des Privatklägers für Schwindel. Mit dem vernommenen Sachverständigen Dr. L. ist das Gericht auch der Ansicht, daß die Methode des Privatklägers unsinnig und dies dem Privatkläger bekannt ist, und daß er mit marktschreierischen Ankündigungen seiner Methode nur den Zweck verfolgt, von Leuten, welche sich in gutem Glauben an die Anpreisung der Methode in die Behandlung des Privatklägers begeben, Geld zu erhalten. Die Annahme wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß in einzelnen Fällen Erfolge eintreten. Wenn aber der Privatkläger angibt, alle Krankheiten durch Auflegen der Hand und durch Streichen mit derselben zu heilen, so ist es undenkbar, daß der Privatkläger diese Wirkung der bezeichneten Tätigkeit selbst glaubt. Ist das aber richtig, dann spiegelt er gutgläubigen Leuten Heilung durch ihm zur Verfügung stehende geheime Kräfte vor und sucht durch diese Vorspiegelung Gewinn zu

ziehen. Eine solche Vorspiegelung liegt auch darin, daß er in dem Prospekte sagt: „Vom Staate genehmigtes Heilverfahren, welches in das kaiserlich königliche Gewerberegister eingetragen wurde, ist eine der hervorragendsten Heilmethoden der Welt.“ Offenbar hat Privatkläger sein Gewerbe zur Gewerbesteuer angemeldet, er hat auch auf Grund der Polizeiverordnung vom 7. November 1902 beim Kreisarzt angemeldet. Das letztere ist vorgeschrieben, um eine Kontrolle über solche Personen zu haben, welche die Heilkunde, ohne approbiert zu sein, gewerbsmäßig ausüben. Von einer staatlichen Genehmigung kann daher keine Rede sein. Das letzteres dem Privatkläger bekannt war, ist aus dem Grunde anzunehmen, weil er nicht behauptet hat, eine staatliche Genehmigung zu haben; es ist auch nicht denkbar, daß eine solche erteilt wird. Das Verfahren des Privatklägers ist vom Staate auch nur geduldet. In dem Auflegen der Hände, dem Streichen mit denselben und in der Anwendung von Öl im Wasser ist auch nichts gefährliches zu finden. Wenn nun aber der Privatkläger mit diesem Verfahren unter Berufung auf staatliche Genehmigung infolge seiner geheimen Kräfte alle Krankheiten heilen will, die Wirkung in marktschreierischer Reklame kundgibt, und zwar mit der Absicht auf Gewinn, so ist für ein solches betrügerisches Verfahren der Ausdruck „Schwindel“ nicht zu scharf gefaßt.

Der von dem Privatkläger gegen dieses Urteil eingelegten Revision, welche Verletzung der §§ 186, 193 St. G. B. rügt, blieb der Erfolg versagt. Durch Entscheidung des Strafsenats des Kölner Oberlandesgerichts vom 3. Juni d. J. wurde die Revision verworfen. Das Oberlandesgericht erachtet die Ausführungen des Vorderrichters in allen Teilen für zutreffend.

Das Vorleben der Kurpfuscher.

Aus einer statistischen Zusammenstellung im „Reichsanzeiger“ entnehmen wir über das kriminelle Vorleben der Kurpfuscher folgende Tatsachen: Von den 5148 Personen, die, ohne approbiert zu sein, gewerbsmäßig die Heilkunde ausübten, waren 381 oder 7,4%, also von 14 Kurpfuschern mindestens 1 bestraft. Werden aber alle Zahnkünstler, Heilgehilfen, Barbiere usw., welche die Zahnheilkunde oder die kleine Chirurgie mitbetrieben (insgesamt 1501), abgerechnet, so kommt auf 10 Kurpfuscher mindestens 1 Bestrafter. Dabei ist zu berücksichtigen, daß in manchen Berichten die Angaben über die Bestrafungen sehr ungleichmäßig sind; es dürften die angegebenen Zahlen nicht unbedeutend hinter der Wirklichkeit zurückbleiben. Es sind als bestraft genannt: wegen fahrlässiger Tötung 15 Personen, darunter 2 Hebammenpfuscherinnen, wegen Körperverletzung mit tödlichem Ausgange 1, wegen vorsätzlicher Körperverletzung 5, wegen fahrlässiger Körperverletzung 54, wegen Zuwiderhandelns gegen die Vorschriften über den Arzneimittel- und Giftverkehr 47 Personen, wegen Ausübung der Heilkunde im Umherziehen 16, wegen Beilegung eines ärztlichen oder arztähnlichen Titels 22, wegen Hebammenpfuscherei 52, wegen Übertretung der Gewerbeordnung ohne nähere Angaben 102, wegen unlauteren Wettbewerbs 19 Personen. 18 Personen wurden wegen vollendeten Verbrechens der Abtreibung der Leibesfrucht, des Versuchs oder der Beihilfe dazu vom Strafrichter verurteilt, 2 Personen wegen Tötung infolge der Abtreibung. Von Bestrafungen wegen sonstiger Verbrechen und Vergehen werden folgende angeführt: wegen Diebstahls 31, wegen Betrugs 11, wegen Sittlichkeitsverbrechens 5, wegen Blutschande 3, wegen Unzucht 1, wegen Meineids 3, wegen Wechselfälschung 1, wegen Erpressung 1, wegen Mißhandlung 3, wegen öffentlicher Beleidigung 14, wegen Unfugs 3, wegen Hausfriedensbruchs 5, wegen Bedrohung 4, wegen Pfandverschleppung 1, wegen Zechprellerei 1, wegen unbefugten Schankbetriebes 1, wegen Unterschlagung 6, Urkundenfälschung 2, Verkaufs unsittlicher Schriften 1, Brandstiftung 1, Hehlerei 2, wegen strafbaren Eigennutzes 1, Widerstandes gegen die Staatsgewalt 2, Jagdvergehen 4, wegen Bankerotts 1, Anstiftung zu einem Verbrechen 1, Steuerhinterziehung 3, Verkaufs verdorbener Nahrungsmittel 1, Sachbeschädigung 2, wegen versuchter Nötigung 1, Beihilfe zur Untreue 1, Tierquälerei 1, Ehebruchs 2, Vergehens gegen das Urheberrecht 1. Außerdem ist bei 61 Personen einfach mitgeteilt: „bestraft“ oder „mehrfach bestraft“ ohne Angabe der genaueren Umstände.

Fürsorge für ein von einem tollwutverdächtigen Hunde gebissenes Krankenkassenmitglied.

N. N. in G. wurde am 6. November 1903 von einem Hunde in die Hand gebissen. Am 6. November erfuhr der behandelnde Arzt, daß der Hund an Tollwut litte. Er schickte darauf sofort den N. N. in Begleitung eines Krankenwärters in das Kgl. Infektionsinstitut nach Berlin. N. N. verlangte von der Kasse Rückerstattung der Kosten für Reise und Verpflegung, im ganzen 100,15 M. Die Kasse lehnte die Erstattung der Kosten ab, wurde aber von dem Landrat als Aufsichtsbehörde zur Zahlung verurteilt. Nunmehr wurde sie bei dem Kgl. Amtsgericht in W. klagbar. Die Klage wurde abgewiesen unter folgender Begründung: Die Kasse hat nicht nur die Verpflichtung, ihren Mitgliedern freie Behandlung seitens der Kassenärzte zu gewähren, sondern in den Fällen, in welchen eine spezialistische Behandlung unvermeidlich ist, auch die Kosten einer solchen zu tragen. Ein solcher Fall lag hier vor. Auch war eine geeignete Behandlung nur in dem Kgl. Institut für Infektionskrankheiten in Berlin möglich, die spezialistische Behandlung daher von einem Aufenthalt in demselben nicht zu trennen. Es lag auch die Notwendigkeit zu einem sofortigen, spezialistischen Eingreifen vor; der N. N. hatte demnach keine Zeit, die vorherige Einwilligung der Kasse einzuholen.

Die Berufung der Kasse wurde unter der gleichen Begründung von dem Kgl. Landgericht in Schw. abgewiesen.

(Nach „die Arbeiterversorgung Nr. 12.“)

Ergebnis der vorjährigen Impfungen in Preußen.

Der offizielle Bericht über die Königlich Preußischen Anstalten zur Gewinnung tierischen Impfstoffes für das Jahr 1904, nach den Jahresberichten der Anstalten, bearbeitet in der Medizinalabteilung des Kultusministeriums, verzeichnet nachstehende Ergebnisse.

Die Menge des im ganzen gewonnenen Impfstoffes betrug 40 401,56 kg; sie reichte für 4 040 156 Kinder aus. Die Erfolge werden teilweise als befriedigend, teilweise als gut bezeichnet. Im ganzen ist die Zahl der gemeldeten Nachkrankheiten eine verhältnismäßig minimale, und auch bei diesen wenigen — meistens Hautausschläge (Erythem, Furunkulose, Urtcaria etc.) ist der Zusammenhang zwischen Erkrankung und Impfung für ausgeschlossen anzusehen.

Neue Ministerialerlasse.

I. Allgemeine Verwaltungsangelegenheiten.

Erlaß vom 14. April 1905 betr. Ausstellung von Attesten seitens der Kreisärzte an Privatpersonen.

Wiederholt haben Hausbesitzer kreisärztliche Atteste über die Eignung von Räumen zum dauernden Aufenthalt von Menschen als Beweismittel gegenüber der Polizeibehörde benützt. Der Minister macht die Kreisärzte daher auf den Erlaß vom 2. Januar 1900 aufmerksam, der ihnen besondere Vorsicht in Attesten auf Ersuchen von Privatbehörden zur Pflicht macht.

— -- 15. April 1905 betr. staatliche Auszeichnungen für Krankenpfleger.

Die Regierungen sollen halbjährlich Nachweisungen derjenigen Pfleger, die einer Auszeichnung würdig erscheinen, einreichen.

Erlaß vom 22. April 1905 betr. Anschaffung des Werkes „Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates" seitens der Kreisärzte.

Der im Verlage von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36 erscheinende Jahresbericht soll künftig für die Bibliothek der Dienststelle jedes Kreisarztes angeschafft werden. Die Kosten werden aus der Amtsunkosten-Entschädigung des Stelleninhabers bestritten. Vorzugspreis 7 Mark bei direkter Bestellung vom Verleger.

II. Prüfungswesen.

— — 5. Mai 1905 betr. Auslegung des § 25 No. 2 der Prüfungsordnung für Ärzte vom 28. Mai 1901.

Der Paragraph bestimmt, daß jeder Kandidat je ein Halbjahr als Praktikant die Kinderklinik oder -Poliklinik, sowie die Klinik oder Poliklinik für Hals- etc. Krankheiten besucht haben muß. Dies wird offiziell jetzt dahin ausgelegt, daß, wo Spezialkliniken vorhanden sind, diese besucht sein müssen. Nur wo sie fehlen, soll Besuch der Polikliniken genügen.

III. Apothekenwesen und Geheimmittelverkehr.

— — 6. April 1905 betr. Ausübung des Apothekerberufs seitens weiblicher Personen.

Wenn weibliche Personen die Bedingungen für die Zulassung zu den pharmazeutischen Prüfungen erfüllen, ist es ihnen unbenommen, den Apothekerberuf zu ergreifen.

— — 7. April 1905 betr. Ausschreibung von Apothekenkonzessionen.

Aufforderung zur Bewerbung um Apothekenkonzessionen darf nicht auf preußische Staatsangehörige beschränkt werden, da dies der Reichsverfassung (Artikel 3) widerspricht.

— — 3. Mai 1905 betr. Bewerbungen um Apothekenkonzessionen.

Die Oberpräsidenten haben die Befugnis, selbständig über Konzessionsbewerbungen zu entscheiden, wenn ein Konzessionar, der auf eine persönliche Konzession verzichtet, sich um eine andere bewirbt. Bei sonst gleichen Verhältnissen sollen wie bisher solche Bewerber, die sich unter Verzicht auf eine verkäufliche Konzession, um eine ausgeschriebene bewerben, bevorzugt werden.

— — 6. Mai 1905 betr. Ergänzung des Geheimmittelverzeichnisses.

Wie zu erwarten war, sind seit dem Erlaß der Vorschriften vom 8. Juli 1903 zahlreiche Geheimmittel neu eingeführt oder durch veränderte Benennungen der Wirkung jener Vorschriften entzogen worden. Es ist daher eine Ergänzung der Listen notwendig, für welche Vorschläge einzureichen sind.

IV. Nahrungs- und Genußmittel.

— — 25. März 1905 betr. Einfuhr von aus Metalllegierungen hergestellten Beschlägen zu Trinkgefäßen aus dem Auslande.

Es wird Bericht über angeblich aus dem Auslande eingeführte Beschläge, die den Vorschriften des Zinkbleigesetzes von 1887 nicht entsprechen, eingefordert.

— — 11. April 1905, betr. Herstellung von Büchsengemüsen.

Aus Anlaß eines im Jahre 1904 in Darmstadt vorgekommenen Vergiftungsfalles infolge Genusses eines aus Konservebohnen bereiteten Salats wird ersucht, auf die Bevölkerung nach dieser Richtung hin aufklärend zu wirken. Namentlich ist bei der Gemüsezucht dafür Sorge zu tragen, daß die oberirdischen Pflanzenteile nicht mit Jauche in Berührung kommen; für die Konservengemüsebereitung wird die peinlichste Sauberkeit und gründliche Erhitzung zur Abtötung etwaiger giftiger Keime empfohlen.

— — 27. April 1905, betr. gewerbsmäßige Herstellung von Trester- etc. Wein.

Es wird ersucht, der Herstellung von Kunstweinen in nicht zu Brennereien gehörigen Betrieben besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden, da die Herstellung derartiger Kunstweine nur in der Brennerei selbst und nur zur eigenen Verarbeitung gestattet ist.

V. Serumprüfung.

Erlaß vom 10. April 1905, betr. Festsetzung der Gebühren für die provisorischen Prüfungen der Serumarten.

Die Gebühren werden vom 1. April dieses Jahres allgemein auf $2^1/_2{}^0/_0$ des Verkaufspreises festgesetzt.

VI. Seuchenbekämpfung.

— — 4. April 1905, betr. Herstellung von Kulturen des Löfflerschen Mäusetyphus-Bazillus.

Zur Verhütung von Gesundheitsschädigungen durch Beschäftigung mit Mäusetyphusbazillen werden Verhaltungsmaßregeln gegeben. Dieselben sollen in den Arbeitsräumen aufgehängt werden, auch soll jeder Abnehmer der fraglichen Kulturen ein Exemplar derselben erhalten. Personen, die zu Verdauungsstörungen neigen und Kinder unter zwölf Jahren sind von der Beschäftigung mit den Kulturen fernzuhalten; ferner sind Verunreinigungen des Mundes bei der Arbeit sorgfältig zu vermeiden.

— — 17. April 1905, betr. Untersuchung pestverdächtiger Ratten.

Pestverdächtige Ratten aus den Hafenorten Stettin und Swinemünde sind zur Untersuchung dem Institut für Infektionskrankheiten in Stettin und nicht wie bisher dem Hygienischen Universitätsinstitut in Greifswald einzusenden.

— — 18. April 1905, betr. Wiederzulassung von Schülern, welche die Ferien in einer von Genickstarre durchseuchten Gegend verbracht haben, zum Schulunterricht.

Auf eine Anregung des Magistrats der Stadt Breslau hin wird bestimmt, daß Schüler, welche für die Dauer der Osterferien nach Hause reisen, durch ein polizeiliches Zeugnis nachweisen müssen, daß in dem Hause, in welchem sie sich aufgehalten haben, während der letzten vier Wochen kein Fall von Genickstarre vorgekommen ist. Anderenfalls dürfen sie erst wieder zum Unterricht zugelassen werden, wenn 14 Tage seit dem Tode oder der Genesung des letzten Kranken verstrichen und die erforderlichen Desinfektionen in vollem Umfange durchgeführt worden sind. Tritt die Genickstarre in Breslau auf, so ist nach den gleichen Grundsätzen zu verfahren.

— — 22. April 1905, betr. Arbeiten mit Erregern des Rotzes in dem Laboratorium der Quarantäneanstalt in Bremerhaven.

Dem Direktor des Hygienischen Instituts in Bremen wird die Ermächtigung erteilt, auch in dem genannten Laboratorium mit Erregern des Rotzes zu arbeiten.

— — 28. April 1905, betr. Einrichtung halbmonatlicher Zusammenstellung der Erkrankungen und Todesfälle an übertragbarer Genickstarre.

Es sollen bis auf weiteres derartige Zusammenstellungen halbmonatlich direkt an den Herrn Minister eingereicht, Abschriften davon dem Herrn Oberpräsidenten vorgelegt werden.

VII. Gewerbehygiene.

Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 9. April 1905, betreffend die Beschäftigung von Arbeiterinnen etc. in Zigarrenfabriken. Die Bestimmungen hierüber im § 11 der Vorschriften über die Einrichtung und den Betrieb der zur Anfertigung von Zigarren bestimmten Anlagen bleiben bis zum 1. Mai 1907 in Kraft.

VIII. Wasserversorgung.

Erlaß vom 19. April 1905, betr. Aufstellung und Ausführung von Projekten für Wasserleitungen.

Neben der Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung haben die Beamten der Meliorationsbauverwaltung in erster Linie leistungsschwachen ländlichen Gemeinden sachkundige Unterstützung zu gewähren. Die Verpflichtung der Regierungspräsidenten, durch ihre medizinal- und bautechnischen Fachorgane die Projekte zu prüfen, bleibt dabei bestehen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.